

Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



Bakalářská práce

Kateřina Růžicková

Sociální opora ve stáří

Social Support in Old Age

Praha, 2017

Vedoucí práce: PhDr. Tamara Hrachovinová, CSc.

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí své práce PhDr. Tamaře Hrachovinové za její odborné vedení, ochotu, trpělivost a cenné rady. Dále bych ráda poděkovala své rodině a nejbližším za podporu v průběhu celého mého studia.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně, že jsem řádně citoval/a všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 9. 5. 2017

.....
Kateřina Růžičková

Abstrakt

Tato bakalářské práci se zabývá sociální oporou ve stáří s jejími specifiky z celospolečenského i individuálního hlediska. Literárně-přehledová část se zaměřuje na současné společenské jevy, které se podílí na formování výsledné podoby sociální opory starého člověka. V kontextu změn v sociální síti starého člověka jsou dále uvedeny charakteristiky různých zdrojů sociální opory a jejich rozdílné funkce. Pozornost je věnována charakteristikám účinné a neúčinné sociální opory, jejím rizikům a potenciálním negativním dopadům, a faktoru osobnosti seniora v sociální opoře. Návrh výzkumného projektu si klade za cíl zmapovat efekt dobrovolnické činnosti z hlediska anticipované sociální opory seniorů v pobytových zařízeních v České republice.

Klíčová slova:

sociální opora, senior, stáří

Abstract

This bachelor thesis deals with the topic of social support in old age and its specifics from the societal and individual perspective. The theoretical part is focused on contemporary social phenomena that are involved in shaping the final form of social support among the elderly. With regard to changes in the social support of the elderly, characteristics of different sources of social support and their different functions are listed. Attention is paid to the characteristics of effective and ineffective social support, its risks and its potential negative consequences, and the factor of personality in the social support. The proposal of a research project aims to explore the effect of volunteer activity in terms of anticipated social support of the elderly in residential facilities in the Czech republic.

Key words:

social support, elderly, old age

OBSAH

Úvod.....	8
1 Stárnutí a stáří.....	9
1.1 Vymezení základních pojmů.....	9
1.2 Biologické, psychologické a sociální aspekty stáří.....	9
1.2.1 Biologické aspekty.....	10
1.2.2 Sociální aspekty	11
1.2.3 Psychologické aspekty	11
2 Sociální opora.....	13
2.1 Funkce sociální opory	13
2.2 Typy sociální opory.....	14
2.3 Zdroje sociální opory	16
3 Vybraná specifika sociální opory ve stáří	17
3.1 Sociální opora seniorů ve společenském kontextu.....	17
3.1.1 Postavení seniorů ve vývoji společnosti	17
3.1.2 Vývoj institucionálních forem péče o seniory	19
3.1.3 Vybrané aspekty sociální opory seniorů v současné společnosti	19
3.2 Zdroje a typy sociální sítě ve stáří.....	23
3.2.1 Rodina.....	23
3.2.2 Přátelé a vztahy mimo rodinu	25
3.2.3 Zvíře v domácnosti	26
3.2.4 Náboženská obec	27
3.2.5 Dobrovolnické vztahy	27
3.3 Účinná sociální opora ve stáří.....	30
3.4 Specifická rizika sociální opory ve stáří	30
3.5 Prediktory sociální opory ve stáří	31
3.6 Osobnost seniora ve vztahu k sociální opoře	33
4 Návrh výzkumného projektu	35
4.1 Úvod.....	35
4.1.1 Výzkumné cíle	35
4.1.2 Výzkumné hypotézy	35
4.2 Výzkumné metody	36
4.2.1 Použité nástroje.....	36

4.2.2	Zkoumaný vzorek	38
4.2.3	Průběh sběru dat.....	39
4.3	Statistické zpracování dat.....	40
5	Diskuze	42
	Závěr	45
	Literatura.....	47
	Přílohy.....	62

ÚVOD

V důsledku prodlužování střední délky života je stále větší pozornost věnována problematice stárnutí a stáří. Otázky kvality života ve vysokém věku, procesů vitalizace a aktivizace stáří, adaptace na změny se stářím spojenými a vhodné přípravy na stáří začínají nabývat na významu. V pozadí jmenovaných aspektů stáří stojí množství psychických faktorů, z nichž velká část je sociální povahy. Mezi takové fenomény patří také sociální opora, jejíž rozsah a podoba úzce souvisí s kvalitou života ve stáří a dalšími jmenovanými procesy (Dykstra, 2015; Křivohlavý, 2001)

Cílem této práce je poskytnout přehled faktorů sociální opory, které se uplatňují specificky ve vysokém věku, a zmapovat jejich podíl na procesu úspěšného stárnutí, stejně jako jejich potenciální rizikové působení v tomto procesu. Přehled těchto faktorů v práci postupuje od celospolečenských k individuálním. Práce uvádí některé oblasti aktuální celospolečenské situace, které se úzce dotýkají struktury a dynamiky sociální opory seniorů ve společnosti. Pozornost je věnována různým zdrojům sociální opory, kterými může starý člověk disponovat, a rozdílným podobám a funkcím těchto zdrojů v celkovém systému sociální opory seniora. Zvláštní důraz je v této problematice věnován dobrovolnickým vztahům, na které se soustředí i návrh výzkumu. V práci je dále poskytnut obecný přehled jevů vyskytujících se v případě účinné nebo naopak neúčinné či rizikové sociální opory. V neposlední řadě se práce zabývá otázkou faktorů, na jejichž podkladě je možné v určité míře predikovat obecné charakteristiky sociální opory daného seniora, se zvláštním zaměřením na osobnost jako prediktivní faktor. Úvodní kapitoly jsou věnovány vymezení stáří a popisu změn, ke kterým ve stáří dochází a které mohou stát v pozadí změn v sociální síti starého člověka, a dále vymezení základních pojmů sociální opory. Úkolem těchto kapitol je poskytnout stručný vhled do problematiky, který umožňuje následné plynulé užívání vymezených pojmů již v kontextu sociální opory ve stáří.

Empirická část se zaměřuje na anticipovanou sociální oporu seniorů v pečovatelských zařízeních v souvislosti s poskytováním dobrovolnické činnosti. S omezením jiných zdrojů sociální opory ve vysokém věku mohou dobrovolnické vztahy představovat významný aspekt v sociální síti seniorů. Navržený výzkum se proto zabývá otázkou, zda a případně v jaké míře se poskytování sociální opory dobrovolníkem odráží v celkové míře anticipované sociální opory seniora.

1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

1.1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje stáří jako období života, kdy se fyzické a psychické poškození stává výraznější ve srovnání s předchozími fázemi životního cyklu (World Health Organization, 2015). Toto označení ovšem zahrnuje velice heterogenní skupinu lidí, která je obtížně definovatelná jako jednotná kategorie.

Stárnutí a stáří jsou dva spolu úzce související pojmy, které by neměly být zaměňovány. Stárnutím je myšlen neustálý posun jedince po určité vývojové dráze od narození do smrti (Pacovský, 1990), během něhož nastávají kontinuální změny biologického, psychologického i sociálního charakteru (Bromley, 1974; Křivohlavý, 2001). Stáří představuje poslední vývojovou etapu; stav, ve kterém se člověk nachází na konci svého života (Křivohlavý, 2001). Tento stav je určen nejen kalendářním věkem na základě celospolečenské dohody, ale také celkovým stavem organismu a jeho strukturálními a funkčními změnami, které odlišují stáří od ostatních vývojových období. Stáří bývá obvykle spojováno s určitou mírou opotřebování organismu po tělesné stránce, což se odráží v psychologických a sociálních charakteristikách starého člověka (Pacovský, 1990; Švancara, 1979).

Vzhledem ke zmíněné heterogenitě skupiny lidí ve vysokém věku považuji za vhodné zmínit Baltesovu periordizaci rozdělující stáří na třetí a čtvrtý věk. Období třetího věku je prezentováno jedinci, kteří stále vedou aktivní a nezávislý život, a obvykle se týká věku od 60 do 80 let. Toto období se vyznačuje velkou heterogenitou, takže společný popis a charakteristiky této skupiny jsou pouze velmi orientační. Čtvrtým věkem je myšleno období přibývajících patologií a multimorbidit. Toto období bývá spojováno s kalendářním věkem nad 80 let a je charakterizováno větší homogenitou, než jakou lze pozorovat u lidí ve třetím věku (Baltes, 2009). V otázce vymezení stáří z hlediska kalendářního věku vychází tato práce z pojetí Světové zdravotnické organizace, která považuje za hranici stáří kalendářní věk 60 let.

1.2 BIOLOGICKÉ, PSYCHOLOGICKÉ A SOCIÁLNÍ ASPEKTY STÁŘÍ

Procesy a změny spojené se stářím se řídí určitým geneticky daným časovým zákonem, podléhají působení vlivů prostředí a v neposlední řadě jsou ovlivněny individuálními charakteristikami organismu (Baltes, 2009). Jevy v těchto oblastech se navzájem prolínají a

při jejich posuzování je třeba přihlížet k biopsychosociální jednotě organismu (Stuart-Hamilton, 1999).

1.2.1 Biologické aspekty

V procesu stárnutí prochází organismus člověka řadou strukturálních a funkčních změn, které se jsou interindividuálně odlišné v období svého nástupu i ve svém průběhu (Stuart-Hamilton, 1999). Níže popsané změny jsou proto pouze orientační a nelze je vztahovat jednotně na celou seniorskou populaci.

Ve stáří dochází k postupnému snižování spolehlivosti a koordinace tělesných funkcí a fungování orgánových soustav. Vylučovací soustava zpomaluje svou činnost, trávicí soustava hůře vstřebává živiny, v oběhové soustavě dochází k zužování cév a ke zhoršování srdečního výkonu, a dochází k úbytku svalové hmoty a podkožního tuku, což vede ke ztrátě elasticity a k ochabování pokožky (Bromley, 1974; Stuart-Hamilton, 1999). Změny v chemické skladbě kostí vedou k řidnutí kostí, snížení pohyblivosti kloubů a k postupnému zhoršování stavu dentice. Dochází k postupnému zhoršování funkcí smyslových orgánů, především zraku, sluchu a hmatu (Stuart-Hamilton, 1999). Zásadními degenerativními změnami prochází ve stáří centrální nervový systém a soustava produkující hormony. V nervovém systému dochází k odumírání nervových buněk a ke zpomalení přenosu nervových impulzů, v hormonálním systému k postupnému vyrovnání poměru mužských a ženských hormonů a k degenerativním změnám v pohlavních žlázách (vaječnících a varlatech), které tyto hormony vylučují. U žen dochází mezi 45. a 55. rokem k zastavení produkce vajíček, označovanému jako klimakterium (Bromley, 1974).

Degenerativní změny se mohou projevit v množství zdravotních obtíží a onemocnění. Holsboer uvádí jako nejčastější zdravotní obtíže aterosklerózu, poruchy pohybového ústrojí, onemocnění dýchacího ústrojí, poruchy jater a žlučových cest, onemocnění nervového systému a cukrovku. Mezi nejzávažnější onemocnění v seniorském věku řadí demenci. Mezi méně závažnými, ale relativně častými poruchami uvádí poruchy trávicí a vylučovací soustavy a poruchy spánku. Kvalita spánku může být ovlivněna dalšími zdravotními problémy, například poruchami dýchání, artritidou, Parkinsonovou chorobou, ale také depresí nebo úzkostnými poruchami. Onemocnění ve stáří se často projevují pouze nevýraznými klinickými, případně pro danou poruchu ne zcela typickými příznaky. Tato skutečnost může ztížit lékařské vyšetření a stanovení diagnózy u starších lidí (Holsboer, 2009; Pacovský, 1990).

1.2.2 Sociální aspekty

Proces stárnutí je spojen se změnami v sociálních vztazích jedince s jeho okolím i se společností. Životní styl starého člověka je určen mimo jiné jeho zdravotním stavem a soběstačností, ekonomickou situací a sociálním zabezpečením, a množstvím a kvalitou sociálních vztahů (Pacovský, 1990).

Ze sociálních vztahů u mnoha seniorů nabývají na důležitosti rodinné vztahy, což může být způsobeno omezením sociálních vztahů mimo rodinu v důsledku odchodu do důchodu a možných úmrtí ve vrstevnické skupině (Pacovský, 1990). U mnoha seniorů dochází k rozšíření rodičovské identity v důsledku narození vnoučat (Breaz, 2015). Úspěšný proces stárnutí je podmíněn nejen počtem a kvalitou sociálních vztahů v rodině, ale také tím, zda starému člověku vyhovuje uspořádání domácnosti, ve kterém se nachází. Dynamika rodinných vztahů je určena mimo jiné tím, zda jedinec žije ve vícegenerační domácnosti, samostatně v odděleném bydlení, nebo zda využívá služeb institucionální péče. Rozdíly ve způsobu bydlení jsou dány specifickou podobou rodinných vazeb, kombinací pohlaví a věku jednotlivých rodinných příslušníků, jejich rodinným statutem a ekonomickou situací, stejně jako kulturním zázemím a společenskou situací (Townsend, 1963).

Množství sociálních změn ve stáří je spojeno s odchodem do důchodu. Míra společenských aktivit se s ukončením pracovního poměru většinou snižuje, protože dochází k omezení vztahů s bývalými kolegy, a mnoho lidí je v tomto období ohroženo sociální izolací. Ekonomická situace se s odchodem do důchodu zhoršuje a je ohroženo společenské postavení a prestiž starého člověka, což se může negativně odrazit v jeho sebehodnocení a pocitu nezávislosti (Bromley, 1974; Phillipson, Bernard, Phillips & Ogg, 2001). Odchod do důchodu se může projevit také pozitivními změnami, především možností věnovat více času svým zájmům a určitou nezávislostí, která je důsledkem toho, že jedinec již není vázán pracovním režimem a pracovními povinnostmi (Phillipson et al., 2001). Adaptace na ukončení pracovního poměru probíhá u mužů a u žen poněkud odlišně. Muži obecně přikládají větší význam svému společenskému postavení a odchod do důchodu pro ně může být obtížnější. Ženy často i během pracovně aktivních let udržují bližší vztahy s příbuzenským systémem, což jim ukončení pracovního poměru v určité míře usnadňuje (Bromley, 1974).

1.2.3 Psychologické aspekty

Psychické stárnutí vyjadřuje změny v osobnosti, emocionalitě a spiritualitě člověka v průběhu času (L. Israel podle Dziechciaz & Filip, 2014). Psychické změny ve stáří souvisí s fyziologickými procesy, genetickými předpoklady jedince, s podmínkami jeho prostředí a

v neposlední řadě s celkovou strukturou osobnosti a osobnostními rysy (Breaz, 2015). Vlastnosti, které se začínají projevovat v procesu stárnutí, jsou často spíše důsledkem individuálních zvláštností osobnosti než důsledkem přibývajících let. S ohledem na jedinečnost každého člověka i na heterogenitu lidí v seniorském věku jako celku není jednoduché popsat obecné psychické charakteristiky stáří (Kalvach, Zadák, Jiráček, Zavázalová & Sucharda, 2004; Pacovský, 1990).

Intelekt starého člověka zůstává za vhodných podmínek zachován do vysokého věku, ale může docházet ke zdánlivému úbytku intelektových schopností danému kognitivními změnami regresivního charakteru (Breaz, 2015). Tyto kognitivní změny se týkají především schopností v oblasti krátkodobé paměti a procesů potřebných pro uložení a uchování nových informací v dlouhodobé paměti (Craik, 1977). Silně ovlivněna je také kontrolovaná pozornost a schopnost řešit nové problémy. Regresivní změny v této oblasti nejsou způsobeny intelektovým úpadkem, nýbrž úzce souvisí s biologickými změnami v oblasti senzorických funkcí (Schaie, 1980). Úbytek kognitivních funkcí může být efektivně kompenzován množstvím zkušeností, které jedinec nabyl v průběhu předchozího života (Lindenberger, 2009). S přibývajícím věkem také často roste smysl pro detail a zvyšuje se schopnost odlišovat podstatné a nepodstatné informace (Haškovcová, 2010).

Afektivní změny v procesu stárnutí se týkají především snížené kontroly emocí, větší emoční lability a zvýšené citové zranitelnosti (Pacovský, 1990). S postupujícím věkem dochází k oploštění emotivity v oblasti vyšších citů, což se může projevovat společensky nevhodným chováním. Citová oploštělost a labilita se navzájem nevylučují a mohou se vyskytovat současně (Haškovcová, 2010; Pacovský, 1990). Z oblasti psychopatologie v emocionalitě seniorů je vhodné zmínit depresivní symptomy, které se v seniorské populaci objevují častěji a mohou negativně ovlivnit jejich prožívání i kontakt s okolím (Breaz, 2015). Ve stáří dochází k nárůstu dokonaných sebevražd, což může být právě důsledkem vyšší prevalence deprese (Holsboer, 2009).

V oblasti motivace se projevuje stáří větší opatrností ve stanovování cílů a vytváření plánů (Breaz, 2015). V situacích, které vyžadují riskování, často dochází k výběru méně rizikové aktivity i přes menší výslednou odměnu (Botwinick, 1969). Dochází také ke změnám v postojích a hodnotové hierarchii. Zaujímání postojů se ve vyšším věku vyznačuje větší tendencí k sociální konformitě (Schaie, 1981). Hodnoty jsou více egocentricky orientovány a dochází k jejich posunu od interpersonálních k instrumentálním, materiálním a hédonistickým hodnotám (Lowenthal, Thurnher & Chiriboga, 1975).

2 SOCIÁLNÍ OPORA

Sociální opora patří mezi sociální charakteristiky, kterými jedinec disponuje a které může využívat při dosahování svých cílů (Diener & Fujita, 1995). Sociální oporu v nejširším slova smyslu lze chápat jako jakoukoliv pozitivní interakci mezi jedincem a jeho sociálním okolím, která je jedincem vnímána jako užitečná, pozitivně působí na zdraví jedince a v případě zátěžové životní situace zmírňuje její negativní dopad na jedince (Dykstra, 2015; Křivohlavý, 2001; Thoits, 2011). Některé aspekty sociální opory lze řadit mezi stabilní charakteristiky jedince (například sociální integraci), zatímco jiné mají spíše vlastnosti určitého stavu (například aktuální dostupnost emocionální opory) (Kim & Nesselroade, 2003; Nesselroade, 2001).

S tématem sociální opory úzce souvisí následující pojmy: sociální síť, sociální integrace a podpůrné sociální vztahy (Cohen, 1992). Sociální síť představuje určitou akumulaci vztahů a interakcí kolem jedince. Zahrnuje veškeré osoby, se kterými je daný jedinec v kontaktu a od kterých je možné očekávat potenciální poskytnutí pomoci v případě nouze. Vztahy v rámci sociální sítě vnímá jedinec jako významné a odlišuje je od anonymní společnosti (Phillipson et al., 2001). Pojem sociální integrace se vztahuje k velikosti a dostupnosti sociální sítě jedince (Wolff, Lindenberger, Brose & Schmiedek, 2016). Podpůrné sociální vztahy vyjadřují takové mezilidské vztahy v rámci sociální sítě, které poskytují jedinci zdroje potřebné k vyrovnání se se zátěží (Pierce, Sarason & Sarason, 1991).

2.1 FUNKCE SOCIÁLNÍ OPORY

Systém sociální opory představuje určitý protektivní systém, který zmírňuje škodlivý vliv náročných životních událostí na zdraví jedince. Sociální opora se uplatňuje při formování identity, v pozitivním hodnocení reality, kladném vnímání vlastního sebeuplatnění a znovunalezení smyslu života (Baštecká, 2013; Kebza, 2005).

Z hlediska protektivní funkce sociální opory jsou některými autory rozlišovány dva modely sociální opory. První model popisuje protektivní vliv sociální opory na zdravotní stav jedince v případě působení stresu, kdy pomáhá jedinci vyrovnat se s nezdarem a představuje určitou bariéru, která chrání subjektivní pocit pohody jedince v situaci ohrožení (Cohen & Wills, 1985; Dykstra, 2015; Kebza, 2005). Tento model sleduje vztah mezi stresem a sociální oporou a jeho protektivní působení se projevuje například po traumatizujících událostech, kdy se uplatňuje jako ochranný faktor proti rozvoji deprese a úzkosti (Guo et al., 2015; Moaky &

Agrawal, 2010; Watanabe, Okumura, Chiu & Wakai, 2004), nebo v pomáhajících profesích, kdy zmírňuje riziko syndromu vyhoření (Setti, Lourel & Argentero, 2016).

Druhý model se týká sociální opory, která působí neustále, nezávisle na situaci, a má příznivé účinky na celkový pocit stability a sebehodnoty jedince. Tento model se zaměřuje především na zdravotní důsledky nízké sociální opory jako takové, bez ohledu na vliv stresorů (Bakal, 1992; Dykstra, 2015; Kebza, 2005). Závěry výzkumů ukazují, že lidé s rozvinutým systémem pozitivních sociálních vztahů se dožívají vyššího věku a jsou na tom po stránce fyzického i psychického zdraví celkově lépe než lidé, kteří těmito sociálními vazbami nedisponují (Al-Kandari & Crews, 2013; Kwan, Ali & Deuri, 2016; Mazzella et al., 2010; Shor, Roelfs & Yogevev, 2013), což je možné považovat za uplatnění tohoto druhého modelu sociální opory.

2.2 TYPY SOCIÁLNÍ OPORY

V psychologii zdraví je nejčastější rozlišování sociální opory z hlediska jejího obsahu na čtyři základní typy: instrumentální, informační, hodnotící a emocionální (House, 1981). Další možná dělení rozlišují sociální oporu anticipovanou a získanou (Kebza, 2005; Sarason, Sarason & Pierce, 1990), objektivně vnímanou a subjektivně hodnocenou (Křivohlavý, 2001), nebo individuální (neformální) a institucionální (formální) (Kebza, 2005).

Instrumentální opora představuje praktické, konkrétní a věcné formy podpůrných aktivit. Nejčastěji se týká hmotného zabezpečení jedince v nouzi nebo zařizování záležitostí, které jedinec nemůže zařídit sám. Informační opora spočívá ve zprostředkování informací, které by mohl jedinec v zátěžové situaci využít. Hodnotící opora se týká komunikace, která posiluje sebehodnocení a sebevědomí jedince. Emocionální opora spočívá v empatii a emocionální blízkosti, která je jedinci poskytována jeho okolím (House, 1981; Kebza, 2005; Křivohlavý, 2001). Poslední uvedený typ sociální opory bývá spojován s pozitivnějším průběhem chronických onemocnění a nižším rizikem úmrtí u starých lidí (Penninx et al., 1998; Seeman & Chen, 2002). V praxi se jednotlivé typy sociální opory prolínají; například doprovod starého člověka na úřad nebo vyřízení telefonátu představuje instrumentální oporu, ale předání získaných informací už je formou informační opory. Získané informace může starý člověk využít k tomu, aby se lépe zorientoval v situaci, což přispívá k jeho sebeuvědomění a v ideálním případě k jeho pozitivnímu sebehodnocení, což je charakteristické pro hodnotící oporu (Faulkner & Davines, 2005).

Anticipovaná (očekávaná) sociální opora se týká přesvědčení jedince o tom, že je mu jeho okolí připraveno poskytnout pomoc v zátěžové situaci. Představuje tedy určitou reflexi

sociálního okolí jedince, odráží jeho obecná očekávání, a úzce souvisí s jeho osobnostními charakteristikami (Kebza, 2005; Sarason, Sarason & Pierce, 1990). Tento typ opory se uplatňuje ve zmírnění psychologického distresu a v lepší schopnosti vyrovnat se se zátěžovými situacemi (Cohen & Wills, 1985; Macdonald, Pica, Macdonald, Hayes & Baglioni, 1998). Pokles anticipované sociální opory u seniorů je považován za jeden z faktorů snížení úrovně celkové kvality života ve stáří (Aslan, 2009). Doplnujícím typem k anticipované sociální opoře je v tomto dělení opora získaná. Získanou sociální oporou jsou myšleny skutečně obdržené podpůrné činnosti v konkrétní situaci (Kebza, 2005). Získaná sociální opora může mít i negativní následky, na rozdíl od anticipované sociální opory, která je spojována výhradně s pozitivním efektem na zdraví jedince (Uchino, 2009; Wolff et al., 2016).

Objektivně vnímaná sociální opora popisuje ty podpůrné aktivity, které se okolí jedince jeví jako akty pomoci a opory. Některé činnosti mohou mít ovšem pro jedince symbolický význam, který pro jeho okolí není rozpoznatelný. Tato skutečnost je vyjádřena v pojmu subjektivně hodnocené sociální opory. Subjektivní vnímání sociální opory zahrnuje také to, zda jedinec hodnotí podpůrné aktivity svého okolí jako přiměřené. Adekvátnost sociální opory může být v mnoha případech dokonce důležitější než její obecná dostupnost (Kebza, 2005; Křivohlavý, 2001).

Neformální opora zahrnuje rodinné příslušníky, přátele, sousedy, kolegy z práce a další individuální vztahy. Formální oporou se rozumí služby poskytované organizacemi na základě určitých legislativních opatření. Aktivity formální sociální opory jsou většinou časově omezené a vyžadují specifické znalosti a dovednosti. Formální opora bývá vysoce neosobní a poskytovatele této formy sociální opory s jejím příjemcem nepojí žádné bližší individuální pouto (Van Tilburg, 1998). Tyto dvě formy sociální opory se navzájem doplňují. S rozvojem systému sociální péče a jiných státních služeb dochází k přesouvání individuální sociální opory do oblastí, které předtím byly nedostatečně pokryty nebo zcela ignorovány. Specializovaná instrumentální pomoc sociálních pracovníků umožňuje blízkému okolí jedince věnovat se spíše netechnickým, emocionálním a spontánním aktivitám v rámci poskytování sociální opory (Dykstra, 2015)

2.3 ZDROJE SOCIÁLNÍ OPORY

Za hlavní zdroj sociální opory je považována sociální síť, která zahrnuje významné vztahy jedince s druhými lidmi. Rozhodující z hlediska sociální opory je především kvalita struktury sociálních vazeb, jejich intenzita, bohatost a reciprocita (Dykstra, 2015).

Sociální síť jako zdroj sociální opory se skládá ze šesti komponent: rodina, blízcí přátelé, sousedé, spolupracovníci, komunita a profesionálové (Kebza, 2005). Různé komponenty sociální sítě a různé typy interpersonálních vztahů směřují k poskytování různých podob sociální opory a v určitém smyslu se ve svém poskytování sociální opory dále specializují. Znalost sociální sítě umožňuje odhadnout, jaké možnosti sociální opory má jedinec k dispozici (Dykstra, 2015).

Dykstra uvádí rozdělení specifických forem sociální opory v závislosti na zdroji. Rodina poskytuje emocionální a instrumentální sociální oporu dlouhodobějšího charakteru, zatímco sousedé díky své geografické blízkosti mohou poskytnout pomoc v případě akutní naléhavé situace a blízcí přátelé, kteří se nachází ve stejné věkové skupině, poskytují především emocionální oporu v situacích, kde je vyžadována podobnost zájmů, hodnot a minulých zkušeností. Partnerské soužití je charakteristické tím, že partner představuje člena rodiny, nalézá se v geografické blízkosti a věkem se blíží svému druhovi, proto může účinkovat ve všech výše zmíněných oblastech sociální opory. Zvláště ve starším věku představuje partner primární zdroj sociální opory (Dykstra, 2015).

3 VYBRANÁ SPECIFIKA SOCIÁLNÍ OPORY VE STÁŘÍ

Jak bylo zmíněno výše, proces stárnutí je určen komplexem biologických, psychických a sociálních faktorů. Úspěšné stárnutí je tedy kromě biologických procesů podmíněno i sociálně. Na pocit štěstí a bezpečí a na celkový tělesný i duševní zdravotní stav starého člověka je potřeba nahlížet v kontextu jeho sociálních vztahů (Townsend, 1963).

Kvalitní sociální vztahy ve stáří mají podpůrný efekt na zdraví jedince. Zapojení starého člověka do sociálních vztahů bývá spojováno s vyšší celkovou kvalitou života, s lepšími projevy v kognitivních funkcích (Golden, Conroy & Lawlor, 2009) a je jedním z možných faktorů přispívajících k oddálení nástupu demence (Linderberger, 2009). Z lékařského hlediska navíc vyšší míra vnímané sociální opory zvyšuje tzv. compliance starého člověka jako pacienta (Becker & Moiman, 1975). Nedostatek vnímané sociální opory ve stáří bývá naopak spojován se zvýšeným rizikem chronického onemocnění a s úbytkem kognitivních funkcí (Cacioppo, Capitanio & Cacioppo, 2014), stejně jako s nižším průměrným věkem dožití a zvýšeným rizikem vzniku deprese (Bennett, Schneider, Tang, Arnold & Wilson, 2006; Fratiglioni, Paillard-Borg & Winblad, 2004; Friori, Antonucci & Cortina, 2006).

3.1 SOCIÁLNÍ OPORA SENIORŮ VE SPOLEČENSKÉM KONTEXTU

3.1.1 Postavení seniorů ve vývoji společnosti

Postoj společnosti ke starým lidem podléhá neustálým změnám a vývoji, stejně jako sociální role, které jsou starým lidem v dané společnosti přidělovány. Vzhledem k tomu, že změny v celospolečenském přístupu ke starým občanům a s tím související změny v rodinné struktuře úzce souvisí s mírou sociální opory poskytované starým občanům v dané společnosti, stejně jako s jejími formami a zdroji, považuji za vhodné uvést stručný přehled některých nedávných společenských změn ve střední Evropě, které se odrazily v postavení starých občanů.

Přístup společnosti ke stárnutí a stáří závisí kromě jiného na tradicích předávaných z generace na generaci, na celospolečenské politické a ekonomické situaci, na většinovém náboženském přesvědčení společnosti, na početním zastoupení jednotlivých věkových kategorií v populaci a v neposlední řadě na pocitu bezpečí nebo ohrožení společnosti (Stolleis, 2009). Z hlediska ekonomické situace je celospolečenský postoj k občanům ve vysokém věku pozitivnější v dobách ekonomického blahobytu, zatímco v ekonomicky obtížných obdobích jsou staří lidé vnímáni spíše jako přítěž. Stejně tak míra nejistoty ve společnosti, způsobená například

válečným konfliktem, se negativně odráží v přístupu ke starším občanům (Haškovcová, 2010).

V Evropě byl odmítavý postoj společnosti ke starým občanům spojen se světovými válkami a s následnými ekonomickými krizemi. V 60. a 70. letech 20. století docházelo v zemích střední Evropy ke zlepšení ekonomické situace a tím i k většímu přijetí starých občanů společností. Začaly být vyvíjeny programy sociálního pojištění a poskytování zdravotní péče, které nabízely starým občanům určitou ekonomickou jistotu (De Jong Gierveld, 2002). Z hlediska pracovního nastavení společnosti se toto období vyznačovalo rostoucí zaměstnaností žen, ale také časnějším odchodem do důchodu. Růst zaměstnanosti umožňoval ženám vytvářet sociální vazby v pracovním prostředí a tak rozšiřovat své zdroje sociální opory mimo rodinu. Brzký konec produkčního období umožňoval seniorům věnovat větší množství času péči o vnoučata, což zvýšilo jejich celospolečenské uznání (Haškovcová, 2010). V České republice je možné sledovat určitý sestup postavení starých občanů ve společnosti v důsledku změn v sociální politice státu po roce 1989. Tyto změny vedly sice k navýšení výdajů na zdravotní péči o staré občany, ale zároveň k výraznému snížení výměry starobních důchodů, což se projevilo nižší ekonomickou jistotou a formováním negativních postojů společnosti k seniorům ve větší míře (Ferge, 1997; Hrast, Mrak & Rakar, 2013).

Změnami procházela nejen sociální role starého člověka ve společnosti, ale také jeho postavení v rodinné struktuře. Zatímco změny v ekonomické a pracovní sféře po 2. světové válce umožnily růst ekonomické jistoty seniorů i jejich celospolečenského přijetí, vývoj sociální jistoty v rodině se ubíral trochu jiným směrem. Rostoucí zaměstnanost žen a vývoj nových antikoncepčních metod měly za následek postupné snižování porodnosti a odkládání založení rodiny do vyššího věku, což se v české populaci začalo projevovat v 70. letech 20. století (De Jong Gierveld, 2002; Český statistický úřad, 2015). Oba tyto jevy v konečném důsledku v určité míře omezily rodinné zdroje sociální opory pro staré občany (De Jong Gierveld, 2002). V 60. letech 20. století docházelo ve většině evropských zemí také k prudkému nárůstu rozvodovosti věkové skupiny 60 – 64 let (De Jong Gierveld, 2002). Česká republika byla zemí s relativně vysokou rozvodovostí již v období těsně po 2. světové válce a v 60. letech i zde došlo k jejímu dalšímu nárůstu. V současnosti se rozvodovost v České republice drží na určité stabilní úrovni (Český statistický úřad, 2016). Míra rozvodovosti se opět odráží v rodinné struktuře a tím i ve zdrojích sociální opory seniorů (Solomou, Richards, Huppert, Brayne & Morgan, 1998).

3.1.2 Vývoj institucionálních forem péče o seniory

Sociální péče o starého člověka probíhala dlouhou dobu výhradně v rámci rodiny, bez možnosti využít alternativní způsoby péče. V případě, že se rodina nebyla schopna o staršího člena postarat, tedy docházelo k odsunu seniora na okraj společnosti (Haškovcová, 2010). Specializovaná zařízení zaměřená výhradně na péči o seniory se začala poprvé objevovat v 19. století. Do té doby probíhala institucionální péče o seniory nespécificky v rámci klášterů, později hospiců, církevních nemocnic a ubytovacích zařízení pro chudé, nemocné, osiřelé a jinak potřebné občany. Péče o občany v těchto zařízeních měla spíše charitativní než léčebný charakter a spočívala především v zajištění materiálních potřeb. Teprve ve druhé polovině 20. století byly zakládány první moderní hospice a gerontocentra poskytující odbornou léčebnou a rehabilitační péči seniorům (Mlýnková, 2011). V průběhu 19. a 20. století se také postupně vyvíjel systém sociálního pojištění. V současné době existuje množství domovů pro seniory i služeb, které poskytují sociální péči prostřednictvím návštěv v bytě seniora. Dochází také k rozvoji dobrovolnických organizací, za Prahu lze jako příklad jmenovat organizaci Diakonie a dobrovolnické centrum ADRA (Dohnal, 1985; Haškovcová, 2010).

3.1.3 Vybrané aspekty sociální opory seniorů v současné společnosti

Charakteristiky současné společnosti, významné z hlediska struktury a dynamiky sociální opory ve stáří, jsou následující: zvyšování očekávané délky života a stárnutí populace, pokles porodnosti, odkládání založení rodiny do vyššího věku, vysoká míra rozvodovosti, generačně oddělené bydlení a prodlužování geografické vzdálenosti mezi rodinnými jednotkami

Zvyšující se očekávaná délka života v kombinaci s klesající porodností vede k nárůstu podílu starých občanů v populaci. Ve většině vyspělých zemí je v současnosti podíl dětské složky a lidí v postproduktivním věku buď vyrovnaný, nebo staří občané převažují nad dětskou populací (Streeck, 2009). Ve druhém případě dochází ke stárnutí populace. Tato struktura věkového složení obyvatelstva se odráží nejen v politické a ekonomické sféře, ale také v přístupu společnosti ke stárnutí a stáří (Haškovcová, 2010). Dochází k přehodnocování tzv. generační smlouvy, která předpokládá pomoc a podporu směřující primárně od mladých lidí k seniorům, a velice aktuální je také otázka rozdělení státních zdrojů mezi občany v důchodu a pracovně výdělečnou mladší generaci (Streeck, 2009). V této souvislosti vyvstává otázka, jak nárůst očekávané délky života ve spojitosti s vyšší rozvodovostí ovlivní uspořádání domácnosti seniorů, kteří po rozpadu manželství nebo v případě ovdovění stráví ještě dlouhou část života bez partnera jako jednoho ze základních zdrojů sociální opory.

Pokles porodnosti v České republice, je dalším faktorem, který se nepřímo odráží v sociální opoře seniorů. V důsledku poklesu porodnosti se zvyšuje počet bezdětných seniorů, jejichž sociální opora má odlišnou strukturu a dynamiku od sociální opory poskytované seniorům v tradičním rodinném uspořádání. Senioři bez vlastních potomků často začínají využívat sociálních služeb domovů pro seniory dříve než jejich vrstevníci s dětmi. Ačkoliv jsou děti a vnoučata pro seniora nezanedbatelným potenciálním zdrojem sociální opory, bezdětnost nemusí být nutně spojena s jejím poklesem. Staří lidé bez vlastních dětí často věnují více času udržování sociálních kontaktů s jinými členy původní rodiny a s přáteli, a mohou získávat větší množství sociální opory skrze své sociální vazby mimo rodinu (Dykstra & Hagestad, 2007; Wenger, 1984). Bezdětnost může být spojena také s větším množstvím ekonomických zdrojů, což umožňuje seniorovi činit větší investice do vlastního zdraví (Pezzin, Pollak & Schone, 2013).

Založení rodiny a její načasování z hlediska věku partnerů se v současnosti vyznačuje velkou heterogenitou. Kromě náboženských a kulturních tradic je tento fenomén ovlivněn také sociální politikou dané země, především délkou mateřské dovolené a výší státní podpory v mateřství (De Jong Gierveld, 2002). V České republice je možné pozorovat trend odkládání narození prvního dítěte do vyššího věku (Český statistický úřad, 2015). Zakládání rodiny ve vyšším věku může představovat určitou překážku z hlediska poskytování sociální opory starému člověku z rodinných zdrojů. Odkládání založení rodiny často znamená, že rodič přestává být v produktivním věku dříve, než se jeho potomek do produktivního věku sám dostane. Tím je silně omezena míra instrumentální opory, kterou je dítě schopno poskytnout svému stárnoucímu rodiči. Díky vyšší průměrné délce života je sice velmi pravděpodobné, že se i rodiče, kteří založili rodinu po svém 30. roce věku, dožijí dospělosti svého dítěte, pokud ovšem i jejich potomek takto odloží založení rodiny, zvyšuje se pravděpodobnost úmrtí seniora před narozením vnoučat (Schmidt, Sobotka, Bentzen & Andersen, 2012). V případě, že se v takto několikanásobně odloženém rodičovství senior dožije narození vnoučat, bude prostřední generace vystavena náročné situaci, ve které je nucena rozdělit poskytovanou sociální oporu mezi svého velmi starého rodiče a velmi malé děti. V takové situaci je pravděpodobné, že bude seniorovi ze strany jeho potomka poskytována pouze omezená míra sociální opory (Hareven, 1994). Na druhou stranu bývá rodičovství odložené do pozdějšího věku spojováno s lepší socioekonomickou situací rodiny, takže stárnoucí rodič může část instrumentální opory, kterou vyžaduje, přesunout ze svého potomka na placené sociální služby (Kravdal, 1994; Miller, 2009).

Vysoká míra rozvodovosti ukazuje nejen na rozpad původních manželství, ale také na možné uzavírání nových partnerských nebo manželských svazků. Zvyšující se rozvodovost v západních zemích umožňuje vznik specifických rodinných struktur, jako jsou druhá či další následná manželství nebo rodiče – samoživitelé, což se odráží ve struktuře sociální sítě starých občanů. Možným důsledkem je proměna vzorců sociálního kontaktu, podpory a ekonomických vztahů (Solomou et al., 1998), která může být pozitivním i negativním faktorem v poskytování a přijímání sociální opory. Nové vazby, vytvořené založením druhé rodiny, mohou být dalším potenciálním zdrojem sociální opory, ale může se také objevovat vyšší míra mezigeneračních konfliktů (Cherlin, 2004; Wachter, 1997). Vznik nové rodiny spojením dvou již dříve založených rodin je zatížen tím, že jednotliví členové mají množství rodinných identit a tradic pocházejících z doby před vznikem nové rodiny (Downs, 2003). Sociální síť v takových rodinách je méně homogenní a chybí zde historie sociálních výměn. Rozdílné hodnotové systémy a možné nepochopení rodinných zvyklostí omezuje schopnost jednotlivých členů poskytovat si navzájem adekvátní formu sociální opory (Sherman, Webster & Antonucci, 2013). Jsou zde také méně jasně definované závazky mezi jednotlivými členy nově založené rodiny, především mezi seniorem a jeho nevlastními dětmi, kde nedošlo navázání raného pouta a závazky nejsou upevněny příbuzenským vztahem (Cherlin, 2004).

Preference generačně odděleného bydlení se odvíjí od míry individualismu dané kultury a projevuje se tudíž především v zemích západní a severní Evropy a ve většině zemí USA, které lze považovat za individualistické společnosti (Becker et al., 2012; De Jong Gierveld, 2002). V těchto zemích roste počet starých lidí, kteří žijí v oddělené domácnosti sami nebo s partnerem (Haškovcová, 2010) a k případnému vícegeneračnímu soužití dochází spíše z nutnosti než na přání účastníků (De Jong Gierveld & Van Tilburg, 1999; Smits, van Gaalen & Mulder, 2010). Vícegenerační soužití může z hlediska sociální opory pro starého člověka představovat pozitivní i negativní strukturu domácnosti a efekt tohoto typu soužití na zdraví seniora a jeho subjektivní pocit pohody může být velmi různý v závislosti na individuálním nastavení seniora a charakteristikách rodiny. Sdílená domácnost představuje pro seniora přínos především v případě nízkého počtu sociálních vazeb mimo rodinu, ztráty partnera nebo chronického onemocnění. Vícegenerační soužití nabízí široké pole možností k poskytování okamžité emocionální opory a je velice efektivní z hlediska poskytování instrumentální opory; sdílený životní prostor je ve své podstatě určitou formou instrumentální opory sám o sobě (Dykstra et al., 2013). V případě vícegeneračního soužití, ve kterém se potřeby starého člověka rozcházejí s potřebami jeho potomků, je společná domácnost pro seniora spíše dalším

stresorem. Přehlcení domácnosti a úbytek soukromí představují rizikový faktor z hlediska schopnosti starého člověka vyrovnat se se zátěží (Johar & Maruyama, 2014; Smits, van Gaalen & Mulder, 2010). Z hlediska dynamiky instrumentální sociální opory je ve vícegeneračním soužití v mnoha případech příjemcem opory spíše potomek než jeho stárnoucí rodič. Nejčastější příčinou vzniku sdílených domácností je nedostatek finančních prostředků nebo nabídek ubytování, které by umožnili mladší generaci samostatné bydlení (De Jong Gierveld, Dykstra & Schenk, 2012; Johar & Maruyama, 2014). Vyváženost mezigenerační instrumentální opory se zvyšuje s rostoucím věkem dětí i rodičů, ale ani ve vysokém věku rodičů nedochází k úplnému obratu, kdy by opora směřovala převážně od dětí k jejich starým rodičům (Albertini, Kohli & Vogel, 2007).

Z hlediska možností poskytování sociální opory seniorům je podstatné nejen oddělování generačních rodinných jednotek, ale také zvětšování geografické vzdálenosti mezi nimi (Phillipson et al., 2001). Není neobvyklé, že starý člověk v samostatné domácnosti žije v úplně jiné části země, než jeho potomci, a v současnosti je stále častější i pohyb přes hranice jednoho státu. Rosenmayr and Kockeis označují tento fenomén jako tzv. intimitu na dálku (Rosenmayr & Kockeis, 1963, podle Phillipson et al., 2001). Oddělené bydlení a zvětšující se geografická vzdálenost mezi rodinnými jednotkami mohou představovat rizikové faktory pro reciprocitu v rodinných vztazích (Mulder & van der Meer, 2009). Narůstající geografická vzdálenost snižuje míru, v níž jsou potomci schopni být pro seniora zdrojem instrumentální pomoci (Heylen, Mortelmans, Hermans & Boudiny, 2012; Phillipson et al., 2001) a častým důsledkem nižší frekvence mezigeneračního kontaktu je ztráta přehledu o potřebách seniora a tím způsobené nepochopení a neschopnost poskytnout adekvátní formu sociální opory (Rossi & Rossi, 1990). Velikost nárůstu geografické vzdálenosti je podmíněna mnoha kulturními faktory i konkrétním uspořádáním rodinného systému. Přítomnost vnoučete v rodině je spojena s větší geografickou blízkostí mezi rodinnými jednotkami (Malmberg & Pettersson, 2007), zatímco v rodinách s větším počtem dětí bývá nárůst geografické vzdálenosti vyšší (Shelton & Grundy, 2000). Podle výzkumu z roku 2008 provedeného v České republice bydlela více než polovina respondentů do 30 minut cesty od svých rodičů nebo dětí (Generations and Gender Survey 2008 podle Svobodová, 2010). V podobném výzkumu v Německu z roku 2012 bydlelo 75% respondentů do 60 minut cesty od svých rodičů (Leopold, Geissler & Pink, 2012). Nárůst geografické vzdálenosti ovšem v posledních letech začíná přesahovat hranice jednoho státu. Jedná se o rychlou změnu, která v uvedených studiích ještě nemusí být zřetelná. Nabízí se zde tedy otázka, jaké by byly výsledky podobných studií provedených v roce 2017.

Výše uvedené faktory, které se mohou podílet na míře, kvalitě a způsobu poskytování sociální opory lidem v seniorském věku, se vždy vyskytují v určitém kulturním kontextu. Jednotlivé země a geografické oblasti se mohou v těchto faktorech výrazně lišit, s ohledem například na význam náboženství (De Jong Gierveld, 2002), ekonomickou úroveň a zaměstnanost žen (Mellens, 1999), míru individualismu nebo kolektivismu dané společnosti (Van de Kaa, 1987) nebo vztah mezi starší a mladší generací (Shah & De, 1998).

3.2 ZDROJE A TYPY SOCIÁLNÍ OPORY VE STÁŘÍ

Sociální oporu senior nejčastěji získává skrze dříve založenou sociální síť a míra opory ve většině případů úzce souvisí s mírou intimity daného vztahu (Antonucci, 1990). Změny v sociální síti seniora se projevují jeho tendencí k větší selektivitě. Senior investuje výběrově do pozitivních vztahů a proaktivně se vyhýbá vztahům s negativními interakcemi, disponuje tedy početně omezenou sociální sítí, která se ovšem vyznačuje kvalitními vztahy s vysokou subjektivní hodnotou (Carstensen, Fung & Charles, 2003; Rook, Luong, Sorkin, Newsom & Krause, 2012).

Zdroje sociální opory u seniorů lze rozdělit do čtyř základních kategorií: nejbližší rodina (partner, děti a vnoučata), ostatní příbuzní (sourozenci, bratrance a sestřenice, synovci a neteře a další), přátelé a ostatní zdroje (profesionální péče, dobrovolnická péče, domácí mazlíčci a další). Sociální opora u starých lidí se často vyznačuje vysokou koncentrovaností v jednom nebo dvou z těchto zdrojů a nebývá mezi uvedené kategorie rovnoměrně rozdělena (Phillipson et al., 2001). Při vyhledávání sociální opory jsou seniory upřednostňovány blízké vztahy před formálními zdroji opory (Cantor, 1979).

Zda je starému člověku poskytnuta v určité situaci spíše emocionální, instrumentální, informační či hodnotící sociální opora, závisí na dané situaci, na potřebách konkrétního jedince, charakteristikách poskytovatele opory a na vztahu mezi poskytovatelem a příjemcem opory. Rodina často poskytuje jiný typ sociální opory, než sousedi nebo přátelé. Celkově je možné říci, že z uvedených typů sociální opory bývá seniorům nejčastěji poskytována emocionální opora (Krause & Markides, 1990).

3.2.1 Rodina

Významnou součástí sociální sítě starého člověka představují jeho blízcí příbuzní, zejména jeho partner, děti a vnoučata. Nejbližší rodina představuje pro seniora jádro emocionální sociální opory, ačkoliv ostatní typy sociální opory jsou zde také zastoupeny, například ve formě podpory během činění životních rozhodnutí a pomoci se správou financí nebo

s chodem domácnosti. Sociální opora v rodině je zakotvena v celkovém způsobu života rodiny a specifických rodinných rituálech a tradicích (Phillipson et al., 2001), což jsou interindividuálně odlišné faktory, ve kterých se uplatňují kulturní charakteristiky, život určité sociální třídy, historie událostí v rodině (např.: rozvod), složení rodiny (např.: počet sourozenců), rodinné normy a podobně (Haragus, 2014).

Pro většinu starých lidí, kteří žijí v manželském nebo partnerském svazku, je jedním z nejvýznamnějších zdrojů sociální opory jejich partner. Život v manželském svazku se pozitivně odráží v míře sociálních aktivit a v sociálním zapojení do širšího společenství, stejně jako v úrovni životní spokojenosti seniorů (Solomou et al., 1998). Partner je ve většině případů primárním zdrojem instrumentální i emocionální opory a s rostoucím věkem může výrazně nabývat na důležitosti ve srovnání s jinými zdroji opory, především v případě dlouhodobého onemocnění (Feld, Dunkle, Schroepfer & Shen, 2006). V poskytování sociální opory mezi partnery v seniorském věku existují určité genderové rozdíly. Muži vyhledávají u svých partnerek emocionální oporu ve větší míře, než ji vyhledávají ženy u svých partnerů. Možnou příčinou může být větší množství alternativních zdrojů emocionální opory u žen. Pro ženy je jejich partner významnějším zdrojem instrumentální sociální opory, než je tomu naopak. V případě hodnotící a informační sociální opory se genderové rozdíly nevyskytují, nebo se vyskytují pouze v malé míře (Phillipson et al., 2001).

Z hlediska poskytování sociální opory seniorům v rodině jsou podstatné mezigenerační vztahy, tedy vztahy mezi rodiči a dětmi a mezi prarodiči a vnoučaty. Pozitivní mezigenerační interakce mohou kladně zasahovat do celkového zdraví seniora a mezigenerační solidarita je asociována s vyšším věkem dožití (Silverstein & Bengtson, 1991). Opora ze strany dětí a vnoučat má kromě praktické a emocionální roviny také rovinu symbolickou. Tím je myšleno především kladné vnímání vlastní rodičovské a prarodičovské role, které je umožněno pozitivními interakcemi mezi generacemi (Lou & Chi, 2008). Sociální opora poskytovaná mladší generací se může projevit ve vztahu také negativně, především v případě informační a instrumentální opory. Vyhledávání těchto typů sociální opory seniorem může vést k narušení sociálních očekávání spojených s rolí rodiče a dítěte nebo prarodiče a vnoučete, která předpokládají, že autoritou a poskytovatelem rad bude ve vztahu spíše starší člověk. Dalším rizikem je vývoj generací v odlišném historickém kontextu, což může znesnadňovat porozumění potřebám seniora a tím i poskytnutí adekvátní formy opory (Lou, 2009).

Mezigenerační vztahy jsou, stejně jako jiné vztahy, vždy utvářeny v určitém kontextu. Ve vztahu seniora a jeho dětí a vnoučat se odráží společenské změny, jako je pokles porodnosti,

stárnutí populace a změny v zaměstnanosti žen a v důchodové politice (Viguer, Meléndez, Valencia, Cantero & Navarro, 2010), které jsou popsány výše v textu. Uplatňuje se zde také kulturní kontext, například převažující náboženství dané společnosti, celospolečenské tradice a zvyklosti rodiny, stejně jako právní zakotvení rodinného systému (například předmanželské, darovací a dědické smlouvy), vzdělání a zaměstnání dětí i rodičů nebo místo bydliště (Albertini, Kholi & Vogel, 2007). Na formování vztahu se podílí také osobnostní charakteristiky všech zúčastněných (Sachs-Ericsson, Plant & Blazer, 2005). V poskytování sociální opory mezi rodiči a dětmi, stejně jako v poskytování partnerské opory, existují určité genderové rozdíly. Dcery se zdají být pro své stárnoucí rodiče významnějším zdrojem vnímané emocionální a instrumentální opory než synové, a také své rodiče častěji navštěvují (Generations and Gender Survey 2008 podle Svobodová, 2010; Phillipson et al., 2001).

3.2.2 Přátelé a vztahy mimo rodinu

Blízcí přátelé představují významnou součást sociální sítě seniorů. Vztahy s vrstevníky umožňují starému člověku uspokojovat důležité sociální potřeby, jako je například potřeba uplatnění, uznání a obdivu, potřeba spolupráce nebo potřeba mít někoho, kdo se jedinci podobá a s kým se může identifikovat. Tyto potřeby byly v dětství uspokojovány rodiči, později přáteli a sourozenci a v dospělosti také partnerem a vlastními dětmi. Změny v sociálních rolích a v sociální síti seniora, zahrnující ztrátu rodičů, odstěhování potomků nebo úmrtí partnera, mohou vést k tomu, že přátelské vztahy s vrstevníky nabývají na důležitosti (Edward, 2016).

Sociální opora poskytovaná přítelem se liší od opory poskytované rodinnými příslušníky mimo jiné svým zcela dobrovolným charakterem a menším množstvím normativních omezení, což umožňuje větší flexibilitu ve vztahu a tím i v poskytování a přijímání sociální opory (Antonucci & Jackson, 1987; Chen & Fu, 2008). Poskytování a přijímání sociální opory mezi přáteli je mnohem vyrovnanější než v případě příbuzenských vazeb seniora (Phillipson et al., 2001). Opora v rámci přátelského vztahu je založena na rovnosti, konsenzu a sdílené minulosti a je charakterizována reciprocitou a pocitem vlastní užitečnosti (Chen & Fu, 2008; Crohan & Antonucci, 1989). Reciproční vztahy s vrstevníky podporují u seniora pocit důvěry, pozitivní očekávání, sebejistotu, schopnost empatie, schopnost spojit se s ostatními a současně schopnost být sám se sebou (Edward, 2016). Přítel jako zdroj sociální opory je důležitý především jako důvěrník, který poskytuje starému člověku možnost svěřit se. Podstatný je tedy emocionální a hodnotící aspekt sociální opory. V nejmenší míře je

poskytována instrumentální opora, která je vázána spíše na síť příbuzenských vztahů (Phillipson et al., 2001).

Podle některých výzkumů podporují přátelské vztahy s vrstevníky také fyzické zdraví starého člověka (Gallant, Spitze & Prohaska, 2007; Giles, Glonek, Luszcz & Andrews, 2005; Moreman, 2008). V případě vážného onemocnění mohou být vztahy s vrstevníky obzvlášť významné, protože v ideálním případě vhodně doplňují konkrétnější, specificky zaměřenou instrumentální pomoc poskytovanou rodinou a ošetřovateli (Gallant, Spitze & Prohaska, 2007). Ačkoliv existuje souvislost mezi zdravotním stavem starého člověka a množstvím a kvalitou jeho vrstevnických vztahů, nelze jednoznačně určit kauzalitu tohoto vztahu. Nedostatek přátelských vazeb v rámci sociální sítě jedince může představovat určitý faktor ve zhoršení zdravotního stavu starého člověka, ale stejně tak může být až projevem určitého onemocnění, například v případě deprese (Matt & Dean, 1993).

3.2.3 Zvíře v domácnosti

Z hlediska sociálního kontaktu může zvíře představovat účinný facilitátor mezilidské interakce, především v případě majitelů psů (McNicholas & Collis, 2000). Domácí mazlíček dále navozuje pocit vzájemné náklonnosti, může přispívat k navození pocitu bezpečí a může také sloužit jako protektivní faktor proti nuditosti, osamělosti a pocitu bezmoci. Výsledky některých výzkumů naznačují, že domácí zvíře může mít pozitivní efekt při léčbě fyzických i psychických onemocnění (Guay, 2001; McNicholas et al., 2005).

Mezi potenciálně ohrožující faktory zvířete v domácnosti patří možné pády starého člověka, kdy je zvíře příčinou pádu, a dále rozvoj alergií (Guay, 2001; Pluijm et al., 2006). Dále se jedná o nemoc nebo úmrtí zvířete, které může pro starého člověka představovat zátěžovou situaci a vést až k patologickému smutku (McNicholas et al., 2005). V důsledku silného přilnutí ke zvířeti může docházet až k omezování potřeb seniora na úkor potřeb zvířete, často v podobě odmítání změny ubytování nebo hospitalizace nebo omezení lidských kontaktů (Garritty, Stallones, Marx & Johnson, 1987; McNicholas et al., 2005).

Výsledky výzkumů, které se zabývají domácím mazlíčkem jako možným zdrojem sociální opory, jsou nekonzistentní. Zatímco v některých studiích byl prokázán pozitivní efekt vlastnění domácího zvířete na zdraví starého člověka, v mnoha jiných nebyl nalezen žádný rozdíl mezi vlastníky zvířete a lidmi bez domácího mazlíčka, a některé výzkumy dokonce naznačují, že přilnutí ke zvířeti souvisí s vyšším pocitem osamělosti starého člověka (McNicholas et al., 2005; Pikhartova, Bowling & Victor, 2014). Domácí zvíře může snižovat

pocit osamělosti v případě starých lidí s velmi omezenou sociální sítí, ale nelze jej považovat za plnohodnotnou náhradu důvěrného vztahu s druhým člověkem (Garrity et al., 1987).

3.2.4 Náboženská obec

Náboženská obec představuje určitý přechod mezi neformální a formální sociální oporou; církve jako organizace spadá do oblasti formální sociální opory, ale zároveň umožňuje utváření nových, neformálních vztahů mezi jednotlivými členy (Berger & Neuhaus, 1977). Účast na náboženských obřadech, slavnostech a rituálech je často spojována se sníženým rizikem úmrtí a s nižší mírou sebevražedných tendencí u všech věkových skupin, nejen u starých občanů (McCullough, Hoyt, Larson & Koenig, 2000; Robins & Fiske, 2009). Tato zjištění jsou vysvětlována vytvářením spirituálně orientovaných copingových strategií, větším sociálním zapojením seniora, rozšířením heterogenity zdrojů sociální opory o členy náboženské obce, vnímanou sounáležitostí a vnitřním spojením se členy náboženské obce (Joiner, 2005; Rushing, Corsentino, Hames, Sachs-Ericsson & Steffens, 2013; Sachs-Ericsson, Plant & Blazer, 2005). Náboženství v určité míře formuje názory, hodnoty a přesvědčení jedince ve vztahu k vlastnímu zdraví, a proto může hrát důležitou roli v tom, zda starý člověk v zátěžové situaci vyhledá pomoc nebo zda bude ochoten nabízenou pomoc přijmout (Koenig, Moberg & Kvale, 1988). Účast na náboženských aktivitách dále uspokojuje spirituální potřeby jedince, jejichž význam může s přibývajícím věkem narůstat. Mezi tyto potřeby lze řadit například potřebu smyslu, kontinuity, důstojnosti, vyrovnání se s minulostí nebo potřebu být užitečný (Koenig, 1994; Suchomelová, 2016).

Protektivní efekt náboženského zapojení není jednoznačný. Podpůrné působení sociální sítě v rámci náboženské obce závisí na množství faktorů, mezi které patří například důležitost náboženského vyznání v dané společnosti, subjektivní důležitost víry pro jedince, jeho účast na veřejných náboženských obřadech (především na mších) a aktivity mimo oficiální náboženské obřady (osobní spiritualita) (Rushing et al., 2013). V České republice se k určité církvi hlásí 21% obyvatel, což může svědčit o vysoké míře ateismu, tato interpretace je ovšem diskutabilní, protože velká část obyvatelstva na otázku víry neuvádí odpověď (Český statistický úřad, 2014). Přesto zůstává otázkou, v jaké míře je sociální opora v rámci náboženské obce významná v celkové sociální opoře seniora v zemi se spíše slabou náboženskou základnou, jakou je Česká republika.

3.2.5 Dobrovolnické vztahy

Poskytování sociální opory rodinou a přáteli má své limity, které souvisí nejen s časovou dotací, kterou může sociální síť seniorovi poskytnout, ale také s některými společenskými

změnami a aktuálními tendencemi. Důsledkem zmenšování nukleární rodiny a vyššího počtu svobodných seniorů může být celkové snižování hustoty sociální sítě starého člověka a jeho potenciálních zdrojů sociální opory. Stárnutí obyvatelstva zase může vést k tomu, že primární poskytovatelé sociální opory jsou sami již v důchodovém věku (Ranmuthugala, Nepal, Brown & Percival, 2009). Dobrovolník jako přídatný zdroj sociální opory může představovat přínos pro samotného seniora a druhotně také pro jeho rodinu.

Dobrovolnictví představuje specifickou formu sociální opory se svými formálními i neformálními aspekty. Dobrovolník poskytuje starému člověku laickou pomoc; nemá žádný formální stupeň odborného vzdělání v oblasti poskytování zdravotní a sociální péče, ale byl proškolen v oblasti poskytování dobrovolnických služeb a intervencí a jeho aktivity se určitým způsobem vztahují k péči o zdraví seniora (Lewin et al., 2005). Dobrovolník se typicky věnuje individuálně jednomu klientovi (Aronová, 2008), a to buď v rámci pobytových zařízení pro seniory, nebo v domově seniora (Burbeck, Candy, Low & Rees, 2014; Wilson, 2012). V případě poskytování dobrovolnických služeb v pobytovém zařízení je dobrovolník nezávislý na vedení domova, což jej odlišuje od ostatních zaměstnanců daného pobytového zařízení (Aronová, 2008). Poskytování dobrovolnických služeb v rámci pobytového zařízení může způsobit, že senior a jeho rodina vnímá dobrovolníka spíše jako součást personálu zařízení, zatímco při docházení dobrovolníka do bytu starého člověka je dobrovolník s větší pravděpodobností vnímán jako přítel, důvěrník nebo dokonce jako člen rodiny (Burbeck et al., 2014).

Dobrovolník může poskytovat všechny ze čtyř základních typů sociální opory. Významná je především emocionální a instrumentální opora, ale nezanedbatelná je i role hodnotící a informační opory (Claxton-Oldfield, Gosselin, Schmidt-Chamberlain & Claxton-Oldfield, 2010; Faulkner & Davines, 2005). Instrumentální oporu dobrovolník poskytuje starému člověku jak přímo, tedy prostřednictvím různých asistenčních služeb, tak nepřímo, například tím, že mu pomáhá spojit se s dalšími externími organizacemi, jejichž služby by mohl senior využít. V hodnotící sociální opoře se odráží fakt, že dobrovolníkův čas v daný moment je vyhrazen výlučně pro interakci se starým člověkem. To usnadňuje navození uvolněné, neuspěchané atmosféry, ve které může starý člověk diskutovat o svých problémech a utřídit si vlastní myšlenky, což podporuje rozvoj jeho sebeuvědomění (Faulkner & Davines, 2005). Informační opora může být poskytována nejen seniorovi, ale také jeho rodině, především ve formě informací o dostupných zdravotních a sociálních službách, možnostech sociálních

příspěvků a v posledních fázích života starého člověka také o úkonech spojených s procesem umírání (Claxton-Oldfield et al., 2010).

Pozitivní efekt dobrovolnické činnosti se týká především schopnosti seniora vypořádat se se zátěžovými situacemi a se změnami prostředí a snižování míry depresivních symptomů. Tyto efekty se dostavují i v případě, že starý člověk disponuje dalšími zdroji sociální opory; přínos dobrovolnických aktivit se tedy nevztahuje pouze na osamělé seniory (Herbst-Damm & Kulik, 2005; Noguchi, Iwase, Suzuki & Takao, 2015). Pravidelné poskytování dobrovolnických služeb se může odrážet ve vyšší životní spokojenosti seniora, stejně jako v jeho celkovém zdraví a určitých sociálních proměnných, především v sebehodnotě a sociální integraci (MacIntyre et al., 1999). Dobrovolnictví může také poskytovat určitou úlevu rodinným příslušníkům jako primárním poskytovatelům sociální opory. Efektivní dobrovolnická činnost může v určité míře nahrazovat formální sociální oporu a tím snižovat náklady na zdravotní a sociální péči poskytovanou seniorům (Wilson, 2012).

Většina potenciálních negativních důsledků dobrovolnických činností je vázána na skutečnost, že dobrovolník nepředstavuje odborného poskytovatele sociální ani zdravotnické péče. Protože dobrovolník nedisponuje odbornými informacemi týkajícími se případného onemocnění seniora, hrozí z jeho strany poskytnutí neadekvátní nebo vysloveně chybné informace nebo přímé ohrožení zdravotního stavu seniora nevhodnou aktivitou (Zhao, Xie & Dong, 2015). Potenciální rizika poskytování dobrovolnické opory dále zahrnují omezení autonomie seniora a rozvinutí přílišné závislosti na dobrovolníkovi, především v důsledku přehnané nebo neadekvátní instrumentální opory (Faulkner & Davines, 2005).

Efektivní poskytování sociální opory v rámci dobrovolnických služeb je určeno faktory na straně seniora i dobrovolníka, stejně jako vnějšími faktory. To, zda si starý člověk přeje být zahrnut mezi příjemce dobrovolnických aktivit a zda z těchto aktivit dále těží, se odvíjí od jeho zdravotního stavu, rodinné situace, úrovně vzdělání a osobnostních charakteristik, jako je míra extravertze nebo neuroticismu. Potřeba dobrovolníka je vyšší především u seniorů s fyzickým omezením nebo chronickým onemocněním, u svobodných a ovdovělých seniorů a u seniorů s vyšším dosaženým vzděláním, což může být způsobeno větší otevřeností novým zkušenostem (Zhao et al., 2015). Pozitivní efekt sociální opory je také odrazem schopností a dovedností dobrovolníka, jeho věku, pohlaví, úrovně vzdělání a osobnostních charakteristik (Lamb, 2011). Z vnějších faktorů se uplatňuje především přístup personálu v pobytovém zařízení, ve kterém dobrovolnická činnost probíhá, především to, v jaké míře je personál

ochoten dobrovolníkovi poskytnout informace o zdravotním stavu pacienta a v jaké míře kontroluje a případně omezuje aktivity dobrovolníka (Burbeck et al., 2014).

3.3 ÚČINNÁ SOCIÁLNÍ OPORA VE STÁŘÍ

Aby měla sociální opora protektivní účinky, musí splňovat určitá kvalitativní a kvantitativní kritéria. Při hodnocení úspěšnosti sociální opory je potřeba posuzovat nejen míru a stupeň zapojení seniora do sociálních aktivit, ale také subjektivní smysl, význam a hodnotu, kterou připisuje konkrétním sociálním vztahům i jednotlivým interakcím (Victor, 2009). Početně menší sociální síť seniora, která se ovšem vyznačuje kvalitními vztahy s vysokou subjektivní hodnotou, lze z hlediska sociální opory hodnotit jako účinnou (Carstensen, Fung & Charles, 2003; Rook, Luong, Sorkin, Newsom & Krause, 2012).

Sociální opora by měla odpovídat potřebám příjemce, přičemž hodnocení přiměřenosti poskytované opory závisí zcela na příjemci, dále by měla být příjemcem vnímána jako subjektivně dosažitelná a měla by mu přinášet určitý konkrétní a definovatelný zisk (Křivohlavý, 2001). Míra anticipované a subjektivně vnímané sociální opory by měla odpovídat žádoucí sociální opoře, tedy míře, v jaké si senior představuje, že by mu sociální opora měla být poskytnuta (Cohen & Wills, 1985). Podpůrné aktivity by měly být vykonávány a přijímány na základě vlastního svobodného rozhodnutí všech zúčastněných stran. Sociální opora by měla být charakterizována určitou reciprocitou, nikoliv pouze poskytováním na jedné straně a přijímáním na straně druhé. Poskytované podpůrné aktivity v rámci poskytování sociální opory by v příjemci neměly vyvolávat dojem, že je poskytovateli na obtíž nebo že je v trvalé, pevně dané, neměnné roli příjemce sociální opory (Kebza, 2005).

3.4 SPECIFICKÁ RIZIKA SOCIÁLNÍ OPORY VE STÁŘÍ

Sociální oporu nelze chápat jako trvale pozitivně moderující proměnnou mezi zátěží a zdravotním stavem jedince. Jedná se o dynamický proces, který může mít pozitivní i negativní účinky. Na jednu stranu je zde pozitivně působící vědomí sociální jistoty, posilování naděje a další možné efekty sociální opory. Na druhou stranu může poskytování sociální opory v určitých případech představovat zátěž jak pro poskytovatele, tak pro příjemce pomoci (Křivohlavý, 2001). Vysoký věk je z hlediska sociální opory obzvlášť citlivým obdobím a je zde zvýšené riziko, že pro starého člověka bude potřebná sociální opora nedostupná nebo v něm vyvolá pocity závislosti (La Gaipa, 1990).

Problematická sociální opora popisuje původně pozitivní sociální výměnu, která je ovšem příjemcem vnímána negativně, nebo má negativní vyústění (Dykstra, 2015; Fingerman, Hay & Birditt, 2004; Revenson, Schiaffino, Majerovitz & Gibofsky, 1991). Její neadekvátnost může spočívat v nepochopení specifických fyzických a mentálních potřeb starého člověka, v nenaplnění vzájemného očekávání poskytovatele a příjemce opory, v její nadměrnosti nebo v tom, že starý člověk poskytovanou sociální oporu nepotřebuje nebo o ni nemá zájem. Problematická opora může být starému člověku poskytována stejným zdrojem jako opora pozitivní, takže konkrétní blízký vztah může být současně potenciálním zdrojem opory i psychického distresu (Revenson et al., 1991; Rook et al., 2012). Pokud ovšem ve vztahu převažují pozitivní interakce, uplatňuje se problematická sociální opora v celkovém zdraví jedince pouze minimálně (Revenson et al., 1991).

Typem problematické sociální opory specifické pro vyšší věk je nadměrná opora (La Gaipa, 1990). Nadměrná pomoc neumožňuje příjemci samostatně se vyrovnat s problémem a rozhodnout se o způsobu jeho řešení (Dykstra, 2015; Křivohlavý, 2001). U příjemce sociální opory se mohou v důsledku nadbytečné pomoci rozvinout pocity nedostatku autonomie a závislosti na ostatních, dále vedoucí k prožívání hanby, viny a úzkosti a negativně se odrážející v sebevědomí starého člověka a v jeho důvěře ve vlastní schopnosti (Dykstra, 2015; Sundin, Bruce & Barremo, 2010). Senior může nadměrnou oporu interpretovat jako důsledek egoistické motivace jejího poskytovatele, například tak, že jsou jeho stížnosti poskytovateli na obtíž a ten se jim snaží takto zabránit (Revenson et al., 1991). Příliš frekventovaná sociální opora se může projevit také v rychlejším úbytku kognitivních schopností seniora (Wolff et al., 2016). Specifickým případem nadměrnosti je přehnaná instrumentální sociální opora, která se může u starého člověka projevit ve zvýšeném sebeuvědomování vlastních zdravotních omezení, což opět ohrožuje jeho sebevědomí (Wallsten, Tweed, Blazer & George, 1999).

Poskytování sociální opory může být velice zatěžující také pro osobu, která tuto pomoc nabízí. V případě naplňování potřeb příjemce na úkor uspokojování vlastních potřeb může dojít na straně poskytovatele pomoci k úplnému vyčerpání nebo vyhoření (Křivohlavý, 2001).

3.5 PREDIKTORY SOCIÁLNÍ OPORY VE STÁŘÍ

Míra zapojení seniora v sociálních aktivitách, jeho schopnost získávat sociální oporu ze své sociální sítě, zahájení podpůrných aktivit a jejich směr a důsledky jsou určeny množstvím faktorů z prostředí i osobnostními charakteristikami všech zúčastněných (Bisschop, Kriegsman, Beekman & Deeg, 2004). Podle toho lze prediktory sociální opory na straně příjemce rozdělit do dvou obecných kategorií: na vnitřní a vnější. Vnitřní prediktory zahrnují

osobnostní charakteristiky, zdravotní stav a případná omezení vycházející ze zdravotního stavu seniora. Vnější prediktory se týkají především demografických charakteristik, jako je věk, vzdělání a povolání jedince, a dále sociálních vztahů v rodině i mimo ni (Kebza, 2005).

Z vnitřních prediktorů je v sociální opoře důležité zmínit zdravotní stav seniora a z něj vycházející úroveň soběstačnosti (Myslíková, 2011). Zdravotní problémy spojené s procesem stárnutí, chronické onemocnění, problémy s pohyblivostí, deprese a subjektivní pocit špatného zdraví představují jednotlivé zdravotní faktory, které mohou negativně přispívat k míře anticipované i skutečně obdržené sociální opory (Cohen-Mansfield & Parpura-Gill, 2007). Podstatný je také předchozí styl života seniora a jeho společenské postavení, které může například omezovat jeho ochotu přizpůsobit se roli příjemce pomoci (Myslíková, 2011). Nezanedbatelným faktorem je pozitivní či negativní percepce spojená se stářím obecně i s vlastním procesem stárnutí, která představuje prediktor chování ve vztahu k sociální angažovanosti a k vlastnímu zdraví obecně (Levy & Myers, 2004; Robertson & Kenny, 2016). V neposlední řadě jsou tu osobnostní charakteristiky na straně seniora, jako je míra extravertze, svědomitost, přívětivost a mnohé další (Cohen-Mansfield & Parpura-Gill, 2007), které jsou podrobněji popsány v samostatné kapitole.

Mezi základní demografické faktory jako vnější prediktory sociální opory patří věk a pohlaví seniora, jeho etnická příslušnost, socioekonomické zařazení a rodinný stav (Askham, Ferring & Lamura, 2007). Tyto demografické faktory se odráží především v míře anticipované sociální opory, která je o něco vyšší u žen, u lidí s vyšším dosaženým vzděláním a u lidí žijících v manželském nebo partnerském svazku (Boylu & Hazer, 2012).

Vyšší věk jako demografická charakteristika je spojován s poklesem četnosti sociálních kontaktů, což může omezit potenciální zdroje sociální opory (Kebza, 2005). Tento pokles může být ovšem způsoben také tím, že starý člověk selektivně investuje do vztahů s pozitivními interakcemi a již tolik neudrhuje vztahy, které jsou problematické nebo ambivalentní. V takovém případě může naopak omezení sociálních kontaktů snížit míru psychického distresu, aniž by se negativně odrazilo v celkové míře sociální opory (Rook et al., 2012). Rodinný stav jako možný prediktor sociální opory představuje velmi komplexní téma. Sociální opora se ukazuje být vyšší u vdaných a ženatých seniorů, na druhou stranu svobodní senioři mají širší sociální síť a větší výběr zdrojů sociální opory mimo rodinu. Sociální oporu v manželském svazku navíc nelze posuzovat izolovaně od ostatních zdrojů, protože na partnerskou sociální oporu se váže také opora poskytovaná dětmi a sociální sítě

partnera, což sledování vztahu mezi rodinným stavem a sociální oporou ztěžuje (Cohen-Mansfield, Shmotkin & Goldberg, 2009; Kebza, 2005).

Z dalších vnějších prediktorů sociální opory je vhodné zmínit podmínky bydlení, strukturu a dostupnost sociálních služeb v místě bydliště, dostupnost státní sociální podpory a množství sociálních příležitostí a zátěžových situací specifických pro vyšší věk, jako je odchod do důchodu, ovdovění, úmrtí přítele z vrstevnické skupiny nebo přesun do pobytového zařízení (Cohen-Mansfield & Parpura-Gill, 2007).

3.6 OSOBNOST SENIORA VE VZTAHU K SOCIÁLNÍ OPOŘE

Osobnost seniora je psychologickou charakteristikou, která je úzce provázána se strukturou a dynamikou sociální opory ve stáří. Mezi z tohoto hlediska nejvýznamnější osobnostní charakteristiky patří míra extraverte a emoční stability, přívětivost a svědomitost, úroveň sociálních schopností, vnímání vlastní účinnosti v sociálních situacích a stydlivost (Cohen-Mansfield & Parpura-Gill, 2007).

Emoční stabilita, extraverte, přívětivost a svědomitost podporují sociální angažovanost seniora, snižují jeho pocit osamělosti a zvyšují míru jemu poskytnuté sociální opory (Gleason, Weinstein, Balsis & Oltmanns, 2014; Lodi-Smith & Roberts, 2012). Vzhledem k tomu, že v procesu stárnutí dochází k afektivním změnám směrem k větší emocionální labilitě (Pacovský, 1990), představuje vyšší věk z tohoto hlediska rizikový faktor v sociální angažovatnosti seniora. Stejně tak míra extraverte se může ve stáří snižovat, především v důsledku degenerativních změn biologického charakteru a výskytu různých chronických onemocnění. Nižší míra extraverte může vést k větší míře neuspokojených psychosociálních potřeb, včetně potřeby sociální opory (Maiden, Peterson, Caya & Hayslip, 2003).

Přívětivost a svědomitost podporují sociální aktivity seniora, které se pozitivně odrážejí v jeho sociální síti a dostupných zdrojích sociální opory, a současně s větší mírou sociální angažovanosti ve stáří dochází k postupnému zvyšování svědomitosti jako osobnostní charakteristiky (Lodi-Smith & Roberts, 2012). Sociální opora tedy může zvyšováním svědomitosti v určité míře zmírňovat pokles v motivaci starého člověka a udržovat význam interpersonálních hodnot, čímž je omezen posun k materiálním hodnotám, který se v seniorské populaci objevuje (Goldberg, 1999). Vyšší míra neuroticismu ve stáří vede k poklesu sociální opory, především v její instrumentální složce, a nedostatek sociální opory naopak vede k vyšší míře neuroticismu (Bourne, Fox, Starr, Deary & Whalley, 2007; Maiden, Peterson, Caya & Hayslip, 2003). Tyto závěry ukazují, že osobnost seniora se uplatňuje ve

výsledné struktury a dynamice sociální opory, a současně se sociální opora odráží v osobnosti seniora.

Vnímání vlastní účinnosti, spojené s pocitem kontroly v procesu stárnutí, je osobnostním faktorem, který se významným způsobem odráží v sociální angažovanosti seniora a v jeho zdrojích sociální opory (Robertson & Kenny, 2016; Wiesmann & Hannich, 2008). V případě nedostatečného pocitu kontroly dochází ke ztrátě sebedůvěry ve vlastní sociální roli a tím také k vědomému či nevědomému stahování se ze sociálních situací (Robertson & Kenny, 2016). Lidé v seniorském věku jsou touto ztrátou pocitu kontroly ohroženi ve větší míře, zejména ve vztahu k vlastnímu zdraví a sociálním schopnostem (Wisemann & Hannich, 2008).

Další osobnostní charakteristikou, která se uplatňuje ve struktuře a dynamice sociální opory seniora, je nezdolnost ve smyslu hardiness. Nezdolnost působí ve vztahu k sociální opoře jako mediační faktor; protektivní působení sociální opory se částečně uplatňuje skrze míru nezdolnosti seniora. Jinými slovy, srovnatelná struktura a dynamika sociální opory může mít u různých jedinců odlišný efekt na základě toho, jaká je míra jejich nezdolnosti (Wallace, Bisconti & Bergeman, 2001). Obdobně působí také již zmíněná charakteristika neuroticismu, která představuje mediační faktor ve vztahu mezi sociální oporou a vnímaným fyzickým zdravotním stavem. Ve vztahu mezi vnímaným psychickým zdravím a sociální oporou se neuroticismus jako mediační faktor neuplatňuje (Kahn, Hessling & Russell, 2003).

V seniorské populaci dochází k nárůstu depresivních symptomů i dokonaných sebevražd (Breaz, 2015; Holsboer, 2009). Náchylnost k rozvoji deprese ve vyšším věku může být kromě jiného dána větší závislostí seniora v sociálních vztazích v kombinaci s negativním sebeobrazem. Nepříznivé působení negativního sebeobrazu v rozvoji deprese může být zmírněno jednak vysokou mírou anticipované sociální opory a jednak pozitivním vnímáním vlastní účinnosti (Besser & Priel, 2005; Zuroff, Mongrain & Santor, 2004), což je osobnostní faktor, jehož uplatnění v sociální opoře je popsáno výše v textu. Negativní efekt závislosti v sociálních vztazích v rozvoji deprese není v seniorské populaci na rozdíl od mladších věkových skupin zmírňován protektivním účinkem podpůrných aktivit sociálního okolí. Jedním z možných vysvětlení je vznikající diskrepance mezi zdroji sociální opory seniora a mírou potřeby pomoci, která je způsobena úbytkem zdrojů a současným nárůstem potřeby pomoci v důsledku degenerativních změn spojených se stářím (Besser & Priel, 2005).

4 NÁVRH VÝZKUMNÉHO PROJEKTU

Návrh výzkumného projektu je zaměřen na dobrovolnické aktivity cílené na seniory v pečovatelských zařízeních. Návrh projektu vychází z kvantitativního výzkumného designu a výzkum bude proveden dotazníkovou metodou.

4.1 ÚVOD

Výzkumy s kvantitativním výzkumným designem zaměřené na oblast dobrovolnických aktivit poskytovaných seniorům se ve většině případů zabývají vztahem mezi poskytováním dobrovolnických služeb a vyšší životní spokojeností seniora (MacIntyre et al., 1999), nižší mírou psychologického distresu a suicidálních myšlenek (Noguchi, Iwase, Suzuki, Kishimoto & Takao, 2014; Noguchi, Iwase, Suzuki & Takao, 2015), nižší incidencí delirantních stavů a zlepšením v kognitivních funkcích (Caplan & Harper, 2007) apod. Tyto výzkumy se tedy nezaměřují přímo vztah mezi poskytováním dobrovolnických služeb a celkovou mírou anticipované sociální opory seniora, ačkoliv lze očekávat, že anticipovaná sociální opora bude jedním z faktorů propojujících sledované proměnné (Aslan, 2009; Cohen & Wills, 1985; Guo et al., 2015). Kvalitativní studie v této oblasti se týkají především hodnocení různých forem sociální opory poskytované dobrovolníkem (Davies, Nolan, Ferguson & Mason, 2001, podle Faulkner & Davies, 2005), nebo vztah mezi návštěvami dobrovolníka a kvalitou života seniora (Wilson, 2012). Tyto studie vychází z rozhovorů s respondenty, a neporovnávají sledovanou skupinu se skupinou, které by nebyly poskytovány dobrovolnické služby.

4.1.1 Výzkumné cíle

Návrh výzkumného projektu je zaměřen na porovnání seniorů, kteří jsou a nejsou zařazeni v dobrovolnickém programu, a na přínos dobrovolnických aktivit z hlediska anticipované sociální opory seniora. Hlavním cílem výzkumu je zmapování sociální opory poskytované seniorům ubytovaným v pečovatelských zařízeních v rámci dobrovolnické činnosti a zjistit, zda se sociální opora poskytovaná dobrovolníkem odráží v celkové anticipované sociální opoře seniora. Na základě porovnání klientů pečovatelského zařízení, které navštěvuje dobrovolník a těch, které dobrovolník nenavštěvuje, by měla být vytvořena představa o míře shody nebo odlišnosti anticipované sociální opory těchto dvou skupin.

4.1.2 Výzkumné hypotézy

Za účelem splnění výše uvedeného výzkumného cíle byly stanoveny následující výzkumné hypotézy:

- H1: Existuje statisticky významný rozdíl v anticipované sociální opoře mezi seniory zapojenými v dobrovolnickém programu a seniory nezapojenými v dobrovolnickém programu.
- H2: Existuje statisticky významná souvislost mezi anticipovanou sociální oporou a skutečně obdrženou sociální oporou od dobrovolníka u seniorů zapojených v dobrovolnickém programu.
- H3: Existuje statisticky významný rozdíl v celkové sociální síti mezi seniory zapojenými v dobrovolnickém programu a seniory nezapojenými v dobrovolnickém programu.

4.2 VÝZKUMNÉ METODY

4.2.1 Použité nástroje

Nástroje, které budou použity ve výzkumném šetření, jsou uvedeny v tabulce č. 1:

Název metody (zkratka)	Autoři (rok vydání)	Charakteristika	České normy	Administrace
Dotazník anticipované sociální opory (MOS)	Sherbourne, C. D. & Stewart, A. L. (1991)	Dotazník zjišťuje míru anticipované sociální opory.	ANO	obě skupiny respondentů
Berlin Social Support Scales (BSSS)	Schwarzer, R. & Schulz, U. (2000)	Inventář umožňuje posouzení dyadické sociální opory.	NE	pouze skupina zapojená v dobrovolnickém programu
Social Network Index (SNI)	Cohen, S., Doyle, W. J., Skoner, D. P., Rabin, B. S. & Gwaltney, J. M. (1997)	Dotazník umožňuje zmapování struktury sociální sítě.	NE	obě skupiny respondentů

Tabulka č. 1: Přehled použitých nástrojů

Ke zjištění anticipované sociální opory bude použit MOS - Dotazník sociální opory (Sherbourne & Stewart, 1991). V českém prostředí byla vnitřní struktura dotazníku

analyzována Koženým a Tišanskou v roce 2003. Česká verze dotazníku se skládá z 19 výroků, které jsou respondentem posuzovány na pětistupňové škále Likertova typu. Česká verze pracuje se třemi následujícími subškálami: chápající autorita, emocionální blízkost a praktická intervence. Chápající autorita je sycena 11 položkami (položky číslo 2, 3, 7, 8, 10, 12, 13, 15, 16, 17, 18), emocionální blízkost 4 položkami (položky číslo 5, 6, 9, 19) a praktická intervence také 4 položkami (položky číslo 1, 4, 11, 14). Celková anticipovaná sociální opora je určena součtem výsledků všech subškál a výsledný skóre se pohybuje mezi 19 a 95 body (Kožený & Tišanská, 2003). Emocionální blízkost a praktická intervence odpovídají faktorům „affectionate“ a „tangible support“ (Kožený & Tišanská, 2003), což jsou faktory určené autory původního dotazníku (Sherbourne & Stewart, 1991). Chápající autorita odpovídá dvěma faktorům v původním dotazníku, a to „positive social interaction“ a „emotional (informational) factor“ (Kožený & Tišanská, 2003). Celé znění dotazníku je uvedeno v příloze č. 1.

K ověření toho, zda je dobrovolník skutečně zdrojem sociální opory seniora, bude použita subškála inventáře BSSS - Berlin Social Support Scales (Schwarzer & Schulz, 2000), upravená autorkou pro potřeby výzkumu. Inventář umožňuje posouzení kognitivních a behaviorálních aspektů individuální a dyadické sociální opory. Nástroj se skládá ze šesti následujících subškál: vnímaná sociální opora, skutečně obdržená sociální opora (vyplňuje příjemce), skutečně poskytnutá sociální opora (vyplňuje poskytovatel), potřeba sociální opory, vyhledávání sociální opory a protektivní „narázníková“ funkce sociální opory. Jednotlivé výroky jsou respondentem posuzovány na čtyřbodové škále Likertova typu na stupnici od „silně souhlasím“ po „silně nesouhlasím“. Inventář byl původně navržen ke zjišťování copingu u pacientů trpících rakovinou s přípravou na operativní zákrok (Schulz & Schwarzer, 2003). Vzhledem k potřebám výzkumu byla z inventáře použita pouze subškála skutečně obdržené sociální opory. Tato subškála se skládá z 15 výroků; výroky 1, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10 a 13 se týkají obdržené emocionální opory, výroky 2, 7 a 14 se týkají obdržené instrumentální opory, výroky 11 a 12 se týkají obdržené informační opory a výrok 15 sleduje celkovou spokojenost respondenta s obdrženou oporou. Výroky byly autorkou přeloženy a upraveny tak, aby se vztahovaly výhradně k dobrovolníkovi jako potenciálnímu zdroji sociální opory. Vzhledem k tomu, že inventář nebyl oficiálně přeložen do českého jazyka, byl po přeložení položek do českého jazyka autorkou proveden zpětný kontrolní překlad odborným překladatelem. Výsledné znění inventáře je uvedeno v příloze č. 2.

U obou skupin respondentů bude zmapována struktura sociální sítě položkami z dotazníku Social Network Index (Cohen, Doyle, Skoner, Rabin & Gwaltney, 1997). Dotazník se skládá ze 12 položek a sleduje účast respondenta ve 12 typech sociálních vztahů: partner, rodiče, rodiče partnera, děti, další blízcí členové rodiny, sousedé, přátelé, kolegové z práce, spolužáci, dobrovolnická skupina (respondent je v roli dobrovolníka), členové zájmových skupin a členové náboženské skupiny. Respondent u každého typu vztahu určuje, zda a případně s kolika lidmi z dané skupiny je v kontaktu minimálně jednou za 2 týdny. Vzhledem k věku respondentů a k jejich umístění v pobytových zařízeních byly vyřazeny otázky číslo 8 (spolužáci/členové vzdělávací skupiny), 10 (sousedé) a 11 (dobrovolnická skupina). Konečná verze dotazníku se tedy skládá z 9 položek. V položce číslo 1 byla upravena jedna z možných odpovědí (z možnosti „ženatý/vadná nebo s partnerem/partnerkou ve společné domácnosti“ na možnost „ženatý/vdaná nebo v partnerském vztahu“). V položce číslo 9 byla upravena formulace otázky (z „Pracujete v současné době na plný nebo částečný úvazek?“ na „Byl/a jste v minulosti zaměstnaný/á?“). Položky byly přeloženy do českého jazyka autorkou a byl proveden jejich zpětný kontrolní překlad odborným překladatelem. Výsledné znění dotazníku je uvedeno v příloze č. 3.

Kromě uvedených tří metod budou respondenti dotázáni na základní demografické údaje: pohlaví, věk, místo bydliště a kraj, ve kterém se nachází pečovatelské zařízení.

4.2.2 Zkoumaný vzorek

Zkoumaný vzorek bude vybrán z pečovatelských zařízení pro seniory s dobrovolnickým programem v ČR metodou proporčního stratifikovaného náhodného výběru. Do základního souboru budou zahrnuta všechna pečovatelská zařízení v ČR, která nabízí péči o seniory a která oficiálně spolupracují s organizací poskytující dobrovolnické služby. Vzhledem k tomu, že neexistuje veřejně dostupný seznam pečovatelských zařízení, která s takovými organizacemi spolupracují, bude před zahájením výzkumu nutné kontaktovat veškerá pečovatelská zařízení a tuto informaci získat. Pečovatelská zařízení, která odpovídají uvedenému požadavku, budou požádána o spolupráci a v případě souhlasu budou zahrnuta do losování. Zařízení budou rozdělena podle krajů a z každého kraje bude losováním vybrán určitý počet zařízení daný poměrem k celkovému počtu zařízení v daném kraji (bez zařízení, která již předtím spolupráci odmítla). Z vybraných zařízení bude následně losováním vybrán určitý stejný počet seniorů s dobrovolníkem a bez dobrovolníka. Losování proběhne za využití generátoru náhodných čísel; seniorům s dobrovolníkem budou přidělena sudá čísla a seniorům bez dobrovolníka lichá čísla a následně bude z obou skupin vygenerován stejný

počet čísel. Z losování budou vyřazeni ti respondenti, pro které by mohlo být vyplnění dotazníků problematické z důvodu určitého fyzického nebo mentálního omezení (např.: pokročilý stupeň demence).

Pro zařazení seniora do skupiny seniorů s dobrovolnickým programem musí být splněny následující podmínky: senior se dobrovolnického programu účastní déle než 3 měsíce a dobrovolník navštěvuje seniora v pravidelných intervalech minimálně dvakrát měsíčně.

Minimální požadovaný počet respondentů při odhadované velikosti účinku 0,5 a síle testu 0,8 byl stanoven celkem na 128 respondentů (64 respondentů v každé skupině) prostřednictvím statistického programu Sample Size Calculator dostupného na webových stránkách AI-Therapy Statistics.

4.2.3 Průběh sběru dat

Sběr dat proběhne po dohodě s vedením a ve spolupráci se sociálními pracovníky v daném zařízení. Sociálními pracovníkům budou předány dotazníky k distribuci v tištěné podobě. Každý dotazník bude určen pro konkrétního respondenta a bude v obálce označené jeho jménem a číslem, které mu bylo přiděleno při předchozím losování. Respondenti zapojení v dobrovolnickém programu budou mít ve složce s dotazníky přidáný navíc inventář zjišťující umístění dobrovolníka v sociální síti seniora, který je popsán výše v textu. Sociální pracovník respondentovi vysvětlí účel šetření a ujistí jej o jeho dobrovolnosti a o následné anonymizaci dat. V případě, že bude respondent ochoten spolupracovat, mu budou předány dotazníky a bude požádán, aby podepsal informovaný souhlas. V případě potřeby může sociální pracovník pomoci respondentovi s vyplněním některých částí dotazníku (např.: demografických údajů) nebo s objasněním zadání. Respondent následně odevzdá vyplněný dotazník v zalepené obálce.

4.3 STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ DAT

Přehled použitých metod analýzy dat je uveden v tabulce č. 2:

Použitá metoda analýzy dat	Použitý nástroj	Navazuje na hypotézu	Získané informace
Studentův t-test	MOS	H1	porovnání skupin z hlediska anticipované sociální opory
Spearmanova korelační analýza	MOS + BSSS	H2	souvislost mezi anticipovanou sociální oporou a dobrovolníkem skutečně obdrženou sociální oporou
Mann-Whitneyův pořadový test	SNI	H3	porovnání skupin z hlediska celkové struktury sociální sítě

Tabulka č. 2: Použité metody statistického zpracování dat

Analýza dat bude provedena na základě deskriptivní statistiky: průměr, medián, modus, směrodatná odchylka, minimální a maximální hodnota. Následně bude proveden Studentův t-test pro dva nezávislé výběry, kterým budou porovnávány vzorky respondentů s dobrovolníkem a bez dobrovolníka ve výsledcích dotazníku MOS. Hladina významnosti bude stanovena na $\alpha = 0,05$, což je hodnota standardně používána při testování platnosti hypotéz v psychologickém výzkumu.

Za použití Spearmanovy korelační analýzy bude vypočtena korelace mezi výsledným skóre v dotazníku MOS a položkami v inventáři BSSS. Výpočtem korelace bude zjišťována těsnost vztahu mezi dobrovolníkem jako zdrojem sociální opory a anticipovanou sociální oporou seniora.

Vzorky respondentů budou za použití Mann-Whitneyova pořadového testu pro dva nezávislé výběry porovnány z hlediska struktury sociální sítě (SNI), a bude zde sledováno, zda se vzorek respondentů s dobrovolníkem neliší od vzorku respondentů bez dobrovolníka v dalších aspektech sociální sítě v míře, která by mohla zkreslit závěry výzkumu.

K posouzení věcné významnosti statistické závislosti bude u Studentova t-test a Man-Whitneyova neparametrického testu vypočten koeficient Cohenova d a na jeho základě bude stanovena velikost účinku pro srovnávané skupiny.

Veškeré výsledky budou pro větší přehlednost zaneseny do tabulek a doplněny slovním komentářem.

5 DISKUZE

Cílem literárně-přehledové části práce bylo poskytnout přehled těch celospolečenských a individuálních aspektů sociální opory, které jsou charakteristické pro seniorskou populaci. Vzhledem k vysoké heterogenitě seniorů jako skupiny, především ve třetím věku, je potřeba uvedené změny v sociální opoře ve stáří chápat pouze orientačně a přistupovat ke každému jednotlivému případu s ohledem na jeho individualitu. Konkrétní struktura a dynamika sociální opory každého seniora je určena kombinací vnitřních i vnějších faktorů na straně seniora a ostatních členů jeho sociální sítě, stejně jako na straně fyzikálního prostředí. Odlišnosti v sociální opoře seniora jsou projevem nejen individuálních charakteristik všech aktérů, ale také například jejich socioekonomickou situací, velikostí místa bydliště nebo příslušností k určité menšině ve společnosti. Navíc je třeba přihlížet ke kulturním rozdílům, které podmiňují tradice, zvyklosti, postoje a přesvědčení vztahující se ke způsobu života, k rodinným hodnotám i k postavení seniorů ve společnosti. Například vícegenerační soužití může být v některých kulturách zcela okrajovým jevem, zatímco v jiných představuje tradiční způsob uspořádání domácnosti. Stejně tak zvyklosti týkající se povinnosti potomků starat se o svého stárnoucího rodiče nebo práv a povinností seniora ve společnosti jsou do jisté míry kulturně podmíněny. V práci jsem se snažila zachytit tuto heterogenitu se současným udržením určité obecné linie, kterou se struktura a dynamika sociální opory ve stáří má tendenci ubírat.

Některé studie tvořící podklad literárně-přehledové části mohou být staršího data, zejména proto, že s vývojem poznání v některých aspektech problematiky sociální opory ve stáří dochází k přirozenému posunu zájmu odborné veřejnosti k méně probádaným oblastem a dobře zmapované oblasti již nejsou v současnosti diskutovány, nebo jsou zmiňovány pouze v odkazech na starší literaturu. V některých oblastech, jako jsou například biologické, sociální a psychické změny spojené se stářím, lze předpokládat určitou stabilitu informací. Jiné oblasti, jako je vícegenerační soužití seniora s jeho potomky v kontextu sociální opory, podléhají společenským změnám, a výsledky výzkumů již takovou stabilitu nevykazují, rozbor těchto proměnlivějších aspektů sociální opory tedy odkazuje na novější literaturu. Přesto zůstává otázkou, zda by výzkumy v tomto roce přinesly jiné výsledky než před několika lety.

Cílem navrženého výzkumného projektu bylo zjistit, zda a případně v jaké míře se sociální opora poskytovaná dobrovolníkem odráží v anticipované sociální opoře seniora, a to na základě porovnání dvou skupiny seniorů ubytovaných v pečovatelském zařízení.

Jeden z možných limitů navrženého výzkumu spočívá právě v rozdělení seniorů do skupin na základě toho, zda jsou či nejsou navštěvováni dobrovolníkem. Nabízí se zde otázka, zda se respondenti, kteří souhlasili s návštěvami dobrovolníka, předem nelišili od těch, kteří návštěvy dobrovolníka odmítli, nebo jim tato možnost nebyla navržena. Tyto potenciální rozdíly ve skupinách, ať už by se týkaly osobnostních vlastností (např.: extraverte) nebo vlastností sociální sítě (např.: množství a kvalita kontaktů v rodině), by mohly zkreslit závěry vyvozené z výsledků dotazníků.

Dalším aspektem limitujícím možnost učinit závěry z výsledků výzkumu jsou další sociální vztahy respondenta mimo dobrovolníka. S tímto problémem se navržený výzkum částečně vyrovnává zahrnutím otázek na dobrovolníka jako zdroje skutečně poskytnuté sociální opory a na míru kontaktů s dalšími potenciálními zdroji sociální opory v sociální síti seniora.

V neposlední řadě je zde kategorie limitů navrženého výzkumu spočívající především ve využití dotazníkových metod jako takových. Výhodou těchto metod je jejich značná efektivita s nižší časovou investicí a možností hromadného sběru dat. Na druhou stranu zde dochází ke získání pouze určitého výseku informací. Postupné vyplňování několika dotazníků po sobě může být pro respondenty náročné a také časově obtěžující. Schopnost adekvátního vyplnění dotazníku je navíc limitována úrovní sebereflexe a kognitivních funkcí respondenta. Studie se těmito faktory částečně vyhýbá preventivním vyřazením těch seniorů, u kterých sociální pracovníci daného zařízení usoudili, že by jejich kognitivní schopnosti mohly způsobit zkreslení odpovědí. Otázkou je také možný vliv sociální desirability na volbu odpovědí, obzvlášť u otázek na míru kontaktů a vnímané sociální opory (respondent nechce působit „osaměle“) a u otázek na dobrovolníka jako zdroj sociální opory (respondent se může bát, aby dobrovolníka neurazil). Tomu se studie snaží zabránit ujištěním respondentů o anonymizaci dat. Dvě z použitých metod vychází ze zahraničních dotazníků a byly přeloženy a upraveny autorkou. V procesu překladu mohlo dojít ke ztrátám informací. Vyřazení nebo změna formulace některých otázek proběhlo výhradně na základě subjektivní úvahy autorky. Dotazníky navíc nebyly validizovány v českém prostředí. Všechny tyto faktory by mohly opět vést ke zkreslení vyvozených závěrů.

Vzhledem k rozdílnému průměrnému věku dožití u mužů a u žen lze ve vzorku respondentů předpokládat nerovnoměrné zastoupení mužů a žen. Pohlaví představuje jeden z prediktorů sociální opory a sociální síť mužů a žen se může lišit. Nerovnoměrné zastoupení respondentů z hlediska pohlaví by proto také mohlo zkreslit závěry vyvozené z výsledků výzkumu.

Otázkou zůstává nevymezení věku respondentů. Vzhledem k prostředí, ve kterém probíhal sběr dat, lze předpokládat, že skupina respondentů je již věkově vymezená tím, že se nachází v pobytovém zařízení určeném pro seniory. Přesto se zde může objevit riziko intervenující proměnné v podobě nepřiměřeně nízkého věku některého z klientů. Dále je možné očekávat poměrně velkou věkovou variabilitu u seniorů v pobytových zařízeních celkově; některým respondentům může být 60 let, zatímco jiným nad 90 let. Následným krokem ve výzkumu by proto mohlo být rozdělení respondentů do několika homogennějších věkových skupin a jejich vzájemné porovnání.

Možným přínosem této studie by bylo zjištění, zda a případně v jaké míře jsou dobrovolnické aktivity efektivní z hlediska zvýšení anticipované sociální opory seniorů. Pokud by byla ve studii prokázána efektivita, mohly by výsledky představovat argument k větší investici státu do dobrovolnických organizací. Předchozí výzkumy totiž prokazují pozitivní efekt anticipované sociální opory na celkové zdraví seniora, tudíž by její zvýšení mohlo vést ke zlepšení zdravotního stavu seniora a v konečném důsledku ke snížení státní výdajů na lékařskou péči.

V případných navazujících studiích by bylo možné rozdělit respondenty do čtyř různých skupin, a to kromě kritéria přítomnosti či nepřítomnosti dobrovolníka také podle kritéria přítomnosti či nepřítomnosti dalších sociálních vztahů (např.: kontakt s partnerem, dětmi, přáteli apod.). Takovým rozdělením by bylo možné podrobněji sledovat rozdíly mezi skupinami způsobené výhradně dobrovolnickou činností. Dále by bylo možné rozšířit metody sběru dat o kvalitativní rozhovor, čímž by se předešlo omezením vycházejícím z použití výhradně dotazníkových metod. Jiným zajímavým rozšířením by bylo porovnání výsledků dotazníků s výpověďmi sociálních pracovníků daných zařízení. Tito pracovníci tráví s respondenty velké množství času a mohou sledovat jejich projevy a vývoj v čase, proto by mohlo být přínosné získat jejich pohled na efekt dobrovolnické činnosti u konkrétních respondentů.

ZÁVĚR

Sociální opora se v životě starých lidí vyznačuje určitými charakteristikami, kterými se odlišuje od sociální opory v jiných vývojových obdobích. Dochází ke změnám v sociální síti starého člověka, které se odvíjí od biologických, psychologických a sociálních aspektů procesu stárnutí a od kulturního zázemí dané společnosti. Zdroje i formy sociální opory poskytované osobám ve vysokém věku mají svá specifika, která se projevují v celkové struktuře a dynamice sociální opory seniora.

Cílem práce bylo zmapovat aspekty sociální opory, které jsou charakteristické pro vysoký věk, a jejich možné efekty a rizika. V literárně-přehledové části práce byly nejprve shrnuty poznatky týkající se změn v procesu stárnutí a uvedeno základní pojmosloví užívané v problematice sociální opory. Dále byly charakterizovány celospolečenské i individuální faktory specifické pro sociální oporu ve stáří. V práci byl popsán historický i aktuální celospolečenský kontext, ve kterém je sociální opora starému člověku poskytována, a jeho jednotlivé aspekty, které mohou stát v pozadí výsledné struktury a dynamiky sociální opory. Ve stáří dochází ke změnám v sociální síti jedince a tím také ke změnám potenciálních zdrojů sociální opory. Proto se práce zaměřila na různé zdroje sociální opory, kterými může starý člověk disponovat, a na jejich specifické uplatnění v celkovém systému sociální opory. Vzhledem k tématu navrženého výzkumu byla zvláštní pozornost věnována dobrovolníkovi jako možnému zdroji sociální opory ve stáří. V závěru teoretické části byly rozebrány charakteristiky účinné sociální opory, stejně jako její potenciální rizika a negativní důsledky. V neposlední řadě byla v práci zařazena kapitola zabývající se faktory, které umožňují částečně predikovat schopnost starého člověka získávat sociální oporu a míru jeho anticipované sociální opory, se zvláštním zaměřením na osobnost seniora jako jeden z prediktorů sociální opory.

V empirické části práce byl předložen návrh kvantitativního výzkumného projektu, který se zaměřuje na rozšíření dosavadních poznatků o působení dobrovolníka z hlediska anticipované sociální opory seniora. Dosavadní výzkumy v této oblasti se zaměřovaly především na vztah mezi dobrovolnickou činností a fyzickými či psychickými funkcemi seniora. Téma spojitosti dobrovolnických aktivit a anticipované sociální opory seniora zůstává, alespoň v českém prostředí, relativně otevřené. Výzkumný projekt se proto zaměřuje na rozdíly mezi seniory v pobytových zařízeních, kteří využívají a kteří nevyužívají dobrovolnických služeb. Výzkum

jednoho konkrétního zdroje sociální opory do určité míry přechází komplexitu sociální sítě jako celku, čímž jsou určeny také limity tohoto výzkumu, které jsou rozebrány v diskuzi.

Na základě poznatků z literárně-přehledové části práce lze učinit závěr, že sociální opora se zásadním způsobem odráží v celkovém tělesném i duševním zdraví starého člověka, usnadňuje adaptaci na stáří, působí jako protektivní faktor v procesu degenerativních změn spojených se stárnutím a je dokonce spojována s vyšším věkem dožití. Ačkoliv má sociální opora mnoho pozitivních důsledků, nelze opomenout ani její potenciální důsledky negativní povahy. Tyto pozitivní a negativní důsledky sociální opory mohou v mnoha případech dokonce vycházet z identických proměnných v rámci sociální opory. Procesy poskytování a přijímání sociální opory se neodehrávají samostatně, ale vždy v určitém kontextu dalších vnitřních i vnějších faktorů každého jedince, které se podílejí na konečném poměru zisků a ztrát, které konkrétní forma sociální opora nabídne konkrétnímu jednotlivci.

LITERATURA

- Albertini, M., Kohli, M. & Vogel, C. (2007). Intergenerational transfers of time and money in European families: Common patterns – different regimes? *Journal of European Social Policy*, 17(4), 319 – 334.
- Al-Kandari, Y.Y. & Crews, D. (2013). Social support and health among elderly Kuwaitis, *Journal of Biosocial Science*, 46(4), 518 – 530.
- Antonucci, , T.C. (1990). Social supports and social relationships. In R.H. Binstock & L.K. George (Eds.), *The handbook of aging and the social sciences* (pp. 205 – 226). San Diego: Academic Press.
- Antonucci, T.C. & Jackson, J.S. (1987). Social support, interpersonal efficacy, and health: A life course perspective. In L.L. Carstensen & B.A. Edelstein (Eds.), *Handbook of clinical gerontology* (pp. 291 – 311). New York: Pergamon Press.
- Aronová, K. (2008). Dobrovolnictví v Domovech pro seniory: Příklady dobré praxe. *Projekt Management dobrovolnictví v zařízení sociálních služeb*. Praha: HESTIA, o.s.
- Askham, J., Ferring, D. & Lamura, G. (2007). Personal relationships in later life. In Bond, J., Peace, S., Dittmann-Kohli, F. & Westerhof, G. (Eds.), *Ageing in Society: European Perspectives on Gerontology* (pp. 186 – 208). London: Sage.
- Aslan, N. (2009). An examination of family leisure and family satisfaction among traditional Turkish families. *Journal of Leisure Research*, 41(2), 157 – 176.
- Bakal, D.A. (1992). *Psychology and health*. New York: Springer Publishing Company.
- Baltes, P.B. (2009). Stáří a stárnutí jako oslava rovnováhy: mezi pokrokem a důstojností. In Gruss, P. (Ed.), *Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje* (pp. 11 – 26). Praha: Portál.
- Baštecká, B. (2013). *Psychosociální krizová spolupráce*. Praha: Grada Publishing.
- Becker, M., Vignoles, V.L., Owe, E., Brown, R., Smith P.B., Easterbrook, M. ...Yamakoglu, N. (2012). Culture and the distinctiveness motive: constructing identity in individualistic and collectivistic contexts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(4), 833 – 855.

- Becker, M.H. & Moiman, L.A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13(1), 10 – 24.
- Bennett, D.A., Schneider, J.A., Tang, Y., Arnold, S.E. & Wilson, R.S. (2006). The effect of social networks on the relation between Alzheimer's disease pathology and level of cognitive function in older people: A longitudinal cohort study. *The Lancet Neurology*, 5(5), 406 – 412.
- Berger, P.L. & Neuhaus, R.J. (1977). *To empower people: The role of mediating structures in public policy*. Washington, DC: American Enterprise Institute for Public Policy Research.
- Besser, A. & Priel, B. (2005). Interpersonal relatedness and self-definition in late adulthood depression: Personality predispositions, and protective factors. *Social Behavior and Personality*, 33(4), 351 – 382.
- Bisschop, M.I., Kriegsman, D.M., Beekman, T.A. & Deeg, D.J. (2004). Chronic diseases and depression: The modifying role of psychosocial resources. *Social Science & Medicine*, 59(4), 721 – 733.
- Botwinick, J. (1969). Disinclination to venture response versus cautiousness in responding: age differences. *The Journal of Genetic Psychology*, 115, 55 – 62.
- Bourne, V.J., Fox, H.C., Starr, J.M., Deary, I.J. & Whalley, L.J. (2007). Social support in later life: Examining the roles of childhood and adulthood cognition. *Personality and Individual Differences*, 43(4), 937 – 948.
- Boylu, A.A. & Hazer, O. (2012). An analysis of the factors affecting the perceived social support among elderly. *Journal of Society & Social Work*, 23(1), 39 – 48.
- Breaz, M.A. (2015). Changes characteristic to elderly persons. *Agora Psycho-Pragmatica*, 9(1), 203 – 210.
- Bromley, D.B. (1974). *The psychology of human ageing*. London: Penguin Books.
- Burbeck, R., Candy, B., Low, J. & Rees, R. (2014). Understanding the role of the volunteer in specialist palliative care: A systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *BMC Palliative Care*, 13(1), Article 3, 1 – 12.
- Cacioppo, S., Capitanio, J.P. & Cacioppo, J.T. (2014). Toward a neurology of loneliness. *Psychological Bulletin*, 140(6), 1464 – 1504.

- Cantor, M.H. (1979). Neighbors and friends: An overlooked resource in the informal support system. *Research on Aging*, 1(4), 434 – 463.
- Caplan, G.A. & Harper, E.L. (2007). Recruitment of volunteers to improve vitality in the elderly: the REVIVE study. *Internal Medicine Journal*, 37(2), 95 – 100.
- Carstensen, L.L., Fung, H.H. & Charles, S. (2003). Socioemotional selectivity theory and regulation of emotion in the second half of life. *Motivation and Emotion*, 27(2), 103 – 123.
- Cohen, S. (1992). Stress, social support, and disorder. In H.O.F. Veiel & U. Baumann (Eds.), *The meaning and measurement of social support* (pp. 109 – 124). New York: Hemisphere.
- Cohen, S., Doyle, W. J., Skoner, D. P., Rabin, B. S., & Gwaltney, J. M. Jr. (1997). Social ties and susceptibility to the common cold. *Journal of the American Medical Association*, 277(24), 1940 – 1944.
- Cohen, S. & Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310 – 357.
- Cohen-Mansfield, J. & Parpura-Gill, A. (2007). Loneliness in older persons: A theoretical model and empirical findings. *International Psychogeriatrics*, 19(2), 279 – 294.
- Cohen-Mansfield, J., Shmotkin, D. & Goldberg, S. (2009). Loneliness in old age: Longitudinal changes and their determinants in an Israeli sample. *International Psychogeriatrics*, 21(6), 1160 – 1170.
- Claxton-Oldfield, S., Gosselin, N. Schmidt-Chamberlain, K. & Claxton-Oldfield, J. (2010). A survey of family members' satisfaction with the services provided by hospice palliative care volunteers. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 27(3), 191 – 196.
- Craik, F. (1977). Age differences in human memory. In J. Birren & K. Schaie (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging* (pp. 384 – 420). New York: Van Nostrand Reinhold.
- Crohan, S. & Antonucci, T.C. (1989). Friends as a source of social support in old age. In R.G. Adams & R. Blieszner (Eds.), *Older adult friendship: Structure and proces* (pp. 129 – 146). Newbury Park: Sage Publications.
- Český statistický úřad (2014). Náboženská víra obyvatel podle výsledků sčítání lidu - 2011. *Český statistický úřad*. Dostupné na <https://www.czso.cz/csu/czso/nabozenska-vira-obyvatel-podle-vysledku-scitani-lidu-2011-61wegp46fl>, cit. 2017-03-27.

Český statistický úřad (2015). Pohyb obyvatelstva v Českých zemích 1920 – 2015, analytické údaje. *Český statistický úřad*. Dostupné na https://www.czso.cz/csu/czso/obyvatelstvo_hu, cit. 2017-03-11.

Český statistický úřad (2016). Úhrnná rozvodovost v letech 1950 – 2015. *Český statistický úřad*. Dostupné na <https://www.czso.cz/csu/czso/uhrnna-rozvodovost-v-letech-1950-2015>, cit. 2017-03-11.

De Jong Gierveld, J. (2002). The relationships formed by elderly people: reflecting cultural changes in Europe. *European Review*, 10(1), 43 – 52.

De Jong Gierveld, J., Dykstra, P.A. & Schenk, N. (2012). Living arrangements, intergenerational support types and older adult loneliness in Eastern and Western Europe. *Demographic Research*, 27(7), 167 – 200.

De Jong Gierveld, J. & Van Tilburg, T. (1999). *Manual of the loneliness scale*. Amsterdam: VU University.

Diener, E. & Fujita, F. (1995). Resources, personal strivings, and subjective well-being: a nomothetic and idiographic approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 926 – 935.

Dohnal, K. (1985). Problematika léčby v léčebnách pro dlouhodobě nemocné. *Praktický lékař*, 65, 473 – 475.

Downs, K.J.M. (2003). Family commitment, role perceptions, social support, and mutual children in remarriage: A test of uncertainty reduction theory. *Journal of Divorce & Remarriage*, 40(1/2), 35 – 53.

Dykstra, P.A. (2015). Aging and social support. *Blackwell Encyclopedia of Sociology Online*. Dostupné na <http://www.sociologyencyclopedia.com/public/>, cit. 2017-01-28.

Dykstra, P.A. & Hagestad, G.O. (2007). Roads less taken: Developing a nuanced view of older adults without children. *Journal of Family Issues*, 28(10), 1275 – 1310.

Dykstra, P.A., van den Broek, T., Muresan, C., Haragus, M., Haragus, P.T., Abramowska-Kmon, A. & Kotowska, I.E. (2013). State-of-the-art report: Intergenerational linkages in families. *Families and Societies Working Paper Series*, 1, 1 – 47.

- Dziechciaz, M. & Filip, R. (2014). Biological, psychological and social determinants of old age: bio-psycho-social aspects of human aging. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 21(4), 835 – 838.
- Edward, J. (2016). Friends in old age. *Clinical Social Work Journal*, 44, 198 – 203.
- Faulkner, M. & Davies, S. (2005). Social support in the healthcare setting: The role of volunteers. *Health and Social Care in the Community*, 13(1), 38 – 45.
- Feld, S., Dunkle, R.E., Schroepfer, T. & Shen, H.W. (2006). Expansion of elderly couples' IADL caregiver networks beyond the marital dyad. *International Journal of Aging and Human Development*, 63(2), 95 – 113.
- Ferge, Z. (1997). The changed welfare paradigm: The individualization of the social. *Social Policy & Administration*, 31(1), 20 – 44.
- Fingerman, K.L., Hay, E.L. & Birditt, K.S. (2004). The best of ties, the worst of ties: Close, problematic, and ambivalent social relationships. *Journal of Marriage and Family*, 66(3), 792 – 808.
- Fratiglioni, L., Palliard-Borg S. & Winblad, B. (2004). An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. *The Lancet Neurology*, 3(6), 343 – 353.
- Fiori, K.L., Antonucci, T.C. & Cortina, K.S. (2006). Social network typologies and mental health among older adults. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(1), 25 – 32.
- Gallant, M.P., Spitze, G.D. & Prohaska, T.R. (2007). Help or hindrance? How family and friends influence chronic illness self-management among older adults. *Research on Aging*, 29, 375 – 409.
- Garrity, T.F., Stallones, L., Marx, M.B. & Johnson, T.P. (1987). Pet ownership and attachment as supportive factors in the health of the elderly. *Anthrozoos*, 3, 35 – 44.
- Giles, L.C., Glonek, G.F., Luszcz, M. & Andrews, G.R. (2005). Effects of social networks on a 10 year survival in very old Australians: The Australia longitudinal study of aging. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(7), 574 – 579.

- Gleason, M.E.J., Weinstein, Y., Balsis, S. & Oltmanns, T.F. (2014). The enduring impact of maladaptive personality traits on relationship quality and health in later life. *Journal of Personality*, 82(6), 493 – 501.
- Goldberg, L.R. (1999). *International personality item pool: A scientific collaboratory for the development of advanced measures of personality and other individual differences*. Dostupné na <http://ipip.ori.org>, cit. 22-4-2017.
- Golden, J., Conroy, R.M. & Lawlor, B.A. (2009). Social support network structure in older people: Underlying dimensions and association with psychological and physical health. *Psychology, Health & Medicine*, 14(3), 280 – 290.
- Guay, D.R. (2001). Pet-assisted therapy in the nursing home setting: Potential for zoonosis. *American Journal of Infection Control*, 29(3), 178 – 186.
- Guo, S., Tian, D., Wang, X., Xiao, Y., He, H., Qu, Z. & Zhang, X. (2015). Protective effects of social support content and support source on depression and its prevalence 6 months after Wenchuan earthquake. *Stress & Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 31, 382 – 392.
- Haragus, M. (2014). Intergenerational solidarity in co-residential living arrangements. *Revista de Asistentă Socială*, 13(4), 27 – 42.
- Hareven, T.K. (1994). Aging and generational relations: a historical and life course perspective. *Annual Review of Sociology*, 20(1), 437 – 461.
- Haškovcová, H. (2010). *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team.
- Herbst-Damm, K.L. & Kulik, J.A. (2005). Volunteer support, marital status, and the survival times of terminally ill patients. *Health Psychology*, 24(2), 225 – 229.
- Heylen, L., Mortelmans, D., Hermans, M. & Boudiny, K. (2012). The intermediate effect of geographic proximity on intergenerational support: A comparison of France and Bulgaria. *Demographic Research*, 27(17), 455 – 486.
- Holsboer, F. (2009). Stařecká onemocnění: vrozená dispozice nebo způsob života? In Gruss, P. (Ed.), *Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje* (pp. 95 – 136). Praha: Portál.

- House, J.S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley Publishing Company.
- Hrast, M.F., Mrak, A.K. & Rakar, T. (2013). Social exclusion of elderly in Central and Eastern Europe. *International Journal of Social Economics*, 40(11), 971 – 989.
- Chen, S.Y. & Fu, Y.C. (2008). Leisure participation and enjoyment among the elderly: Individual characteristics and sociability. *Educational Gerontology*, 34(10), 871 – 889.
- Cherlin, A.J. (2004). The deinstitutionalization of American marriage. *Journal of Marriage and Family*, 66(4), 848 – 861.
- Johar, M. & Maruyama, S. (2014). Does coresidence improve an elderly parent's health? *Journal of Applied Econometrics*, 29(6), 965 – 983.
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge: Harvard University Press.
- Kahn, J.H., Hessling, R.M. & Russell, D.W. (2003). Social support, health, and well-being among the elderly: What is the role of negative affectivity? *Personality and Individual Differences*, 35(1), 5 – 17.
- Kalvach, Z., Zadák, Z., Jiráček, R., Zavázalová, H. & Sucharda, P. (2004). *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing.
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
- Kim, J.E. & Nesselroade, J.R. (2003). Relationships among social support, self-concept, and well-being in older adults: A study of process under dynamic factor models. *International Journal of Behavioral Development*, 27(1), 49 – 65.
- Koenig, H.G. (1994). *Ageing and God: Spiritual Pathways to Mental Health in Midlife and Later Years*. New York: Haworth Pastoral Press.
- Koenig, H.G., Moberg, D.O. & Kvale, J.N. (1988). Religion and well-being in later life. *The Gerontologist*, 28, 18 – 28.
- Kožený, J. & Tišanská, L. (2003). Dotazník sociální opory – MOS: Vnitřní struktura nástroje. *Československá psychologie*, 47(2), 135 – 143.
- Krause, N. & Markides, K. (1990). Measuring social support among older adults. *The International Journal of Aging and Human Development*, 30(1), 37 – 53.

- Kravdal, O. (1994). The importance of economic activity, economic potential and economic resources for the timing of first births in Norway. *Population Studies*, 48(2), 249 – 267.
- Křivohlavý, J. (2001). Psychologie zdraví. Praha: Portál.
- Kwan, P., Ali, A. & Deuri, S.P. (2016). Psychiatric morbidity, quality of life, and perceived social support among elderly population: A community – based study. *Open Journal of Psychiatry and Allied Sciences*, 7(1), 31 – 35.
- La Gaipa, J.J. (1990). The negative effects of informal support systems. In S. Duck (Ed.), *Personal Relationships and Social Support* (pp. 122 – 139). New York: Sage.
- Lamb, L. (2011). Voluntary participation in community economic development in Canada: An empirical analysis. *Canadian Journal of Nonprofit and Social Economy Research*, 2(1), 75 – 96.
- Leopold, T., Geissler, F. & Pink, S. (2012). How far do children move? Spatial distance after leaving the parental home. *Social Science Research*, 41(4), 991 – 1002.
- Levy, B. R. & Myers, L. M. (2004). Preventive health behaviors influenced by self-perceptions of aging. *Preventive Medicine*, 39(3), 625 – 629.
- Lewin, S.A., Dick, J., Pond, P., Zwarenstein, M., Aja, G., van Wyk, B., Bosch-Capblanch, X. & Patric, M. (2005). Lay health workers in primary and community health care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 25(1), CD004015.
- Lindenberger, U. (2009). Technologie ve stáří: šance z pohledu výzkumu chování. In Gruss, P. (Ed.), *Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje* (pp. 137 – 151). Praha: Portál.
- Lodi-Smith, J. & Roberts, B.W. (2012). Concurrent and prospective relationships between social engagement and personality traits in older adulthood. *Psychology and Aging*, 27(3), 720 – 727.
- Lou, V.W.Q. (2009). Life satisfaction of older adults in Hong Kong: The role of social support from grandchildren. *Social Indicators Research*, 95, 377 – 391.
- Lou, V.W.Q. & Chi, I. (2008). Measure grandparenthood stress and reward: Developing a scale based on perceptions by grandparents with adolescent grandchildren in Hong Kong. *Geriatrics and Gerontology International*, 8(4), 291 – 299.

- Lowenthal, M., Thurnher, M. & Chiriboga, D. (1975). *Four stages of life*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Macdonald, E.M., Pica, S., Macdonald, S., Hayer, R.L. & Baglioni A.J. (1998). Stress and coping in early psychosis. Role of symptoms, self-efficacy, and social support in coping with stress. *The British Journal of Psychiatry: Supplement Royal College of Psychiatrists*, 172(33), 122 – 127.
- MacIntyre, I., Corradetti, P., Roberts, J., Browne, G., Watt, S. & Lane, A. (1999). Pilot study of a visitor volunteer programme for community elderly people receiving home health care. *Health and Social Care in the Community*, 7(3), 225 – 232.
- Maiden, R.J., Peterson, S.A., Caya, M. & Hayslip, B. (2003). Personality changes in the old-old: A longitudinal study. *Journal of Adult Development*, 10(1), 31 – 39.
- Malmberg, G. & Pettersson, A. (2007). Distance to elderly parents: Analyses of Swedish register data. *Demographic Research*, 17(23), 679 – 704.
- Matt, G.E. & Dean, A. (1993). Social support from friends and psychological distress among elderly persons: Moderator effects of age. *Journal of Health and Social Behavior*, 34(3), 187 – 200.
- Mazzella, F., Cacciatore, F., Galizia, G., Della-Morte, D., Rossetti, M., Abbruzzese, R.& Albete, P. (2010). Social support and long-term mortality in the elderly: Role of comorbidity. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 51(3), 323 – 328.
- McCullough, M.E., Hoyt, W.T., Larson, D.B. & Koenig, H.G. (2000). Religious involvement and mortality: A meta-analytic review. *Health Psychology*, 19, 211 – 222.
- McNicholas, J. & Collis, G.M. (2000). Dogs as catalysts for social interactions: Robustness of the effect. *British Journal of Psychology*, 91(1), 61 – 70.
- McNicholas, J., Gilbey, A., Rennie, A., Ahmedzai, S., Donno, J.A. & Ormerod, E. (2005). Pet ownership and human health: A brief review of evidence and issues. *British Medical Journal*, 331(7527), 1252 – 1254.
- Mellens, M. (1999). Uniformity and diversity defined. In J. De Beer & L. Van Wissen (Eds.), *Europe: One Continent, Different Worlds. Population Scenarios for the 21st Century* (pp. 33 – 44). London: Kluwer Academic Publishers.

- Miller, A.R. (2009). Motherhood delay and the human capital of the next generation. *American Economic Review: Papers and Proceedings*, 99(2), 154 – 158.
- Mlýnková, J. (2011). *Péče o staré občany: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing.
- Moaky, Z.B. & Agrawal, A. (2010). The association between perceived interpersonal social support and physical and mental health: results from the national epidemiological survey on alcohol and related conditions. *Journal of Public Health*, 32(2), 191 – 201.
- Moreman, R.D. (2008). Best friends: The role of confidantes in older women's health. *Journal of Women & Aging*, 20(1/2), 149 – 167.
- Mulder, C.H. & van der Meer, M.J. (2009). Geographical distances and support from family members. *Population, Space and Place*, 15(4), 381 – 399.
- Nesselroade, J.R. (2001). Intraindividual variability in development within and between individuals. *European Psychologist*, 6(3), 187 – 193.
- Noguchi, M., Iwase, T., Suzuki, E., Kishimoto, Y. & Takao, S. (2014). Social support and suicidal ideation in Japan: are home visits by commissioned welfare volunteers associated with a lower risk of suicidal ideation among elderly people in the community? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(4), 619 – 627.
- Noguchi, M., Iwase, T., Suzuki, E. & Takao, S. (2015). Home visits by commissioned welfare volunteers and psychological distress: A population-based study of 11,312 community-dwelling older people in Japan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(12), 1156 – 1163.
- Pacovský, V. (1990). *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum.
- Penninx, B.W.J.H., van Tilburg, T.G., Boeke, A.J.P., Deeg, D.J.H, Kriegsman, D.M.W & van Eijk, J.T.M. (1998). Effects of social support and personal coping resources on depressive symptoms: different for various chronic diseases? *Health Psychology*, 17(6), 551 – 558.
- Pezzin, L.E., Pollak, R.A. & Schone, B.S. (2013). Complex families and late-life outcomes among elderly persons: Disability, institutionalization, and longevity. *Journal of Marriage and Family*, 75, 1084 – 1097.

- Phillipson, Ch., Bernard, M., Phillips, J. & Ogg, J. (2001). *The family and community life of older people: social networks and social support in three urban areas*. New York: Routledge.
- Pierce, G.R., Sarason, I.G. & Sarason, B.R. (1991). General and relationship-based perceptions of social support: Are two constructs better than one? *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 1028 – 1039.
- Pikhartova, J., Bowling, A. & Victor, Ch. (2014). Does owning a pet protect older people against loneliness? *BMC Geriatrics*, 14(1), 106 – 116.
- Pluijm, S.M., Smith, J.H., Tromp, E.A., Stel, V.S., Deeg, D.J., Bouter, L.M. & Lips, P. (2006). A risk profile for identifying community-dwelling elderly with a high risk of recurrent falling: Results of a 3-year prospective study. *Osteoporosis International*, 17(3), 417 – 425.
- Ranmuthugala, G., Nepal, B., Brown, L. & Percival, R. (2009). Impact of home based long term care on informal carers. *Australian Family Physician*, 38(8), 618 – 620.
- Revenson, T.A., Schiaffino, K.M., Majerovitz, D.S. & Gibofsky, A. (1991). Social support as a double-edged sword: The relation of positive and problematic support to depression among rheumatoid arthritis patients. *Social Science & Medicine*, 33(7), 807 – 813.
- Robertson, D.A. & Kenny, R.A. (2016). „I’m too old for that“ – The association between negative perceptions of aging and disengagement in later life. *Personality and Individual Differences*, 100, 114 – 119.
- Robins, A. & Fiske, A. (2009). Explaining the relation between religiousness and reduced suicidal behavior: Social support rather than specific beliefs. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 39, 386 – 395.
- Rook, K.S., Luong, G., Sorkin, D.H., Newsom, J.T. & Krause, N. (2012). Ambivalent versus problematic social ties: Implications for psychological health, functional health, and interpersonal coping. *Psychology and Aging*, 27(4), 912 – 923.
- Rossi, A. S. & Rossi, P. H. (1990). *Of human bonding: Parent-child relations across the life course*. Aldine de Gruyter: New York.

- Rushing, N.C., Corsentino, E., Hames, J.L., Sachs-Ericsson, N. & Steffens, D.C. (2013). The relationship of religious involvement indicators and social support to current and past suicidality among depressed older adults. *Aging & Mental Health*, 17(3), 366 – 374.
- Sachs-Ericsson, N., Plant, E.A. & Blazer, D.G. (2005). Racial differences in the frequency of depressive symptoms among community dwelling elders: The role of socioeconomic factors. *Aging & Mental Health*, 9, 201 – 209.
- Sarason, B.R., Sarason, I.G. & Pierce, G.R. (1990). *Social support: An interactional view*. New York: Wiley.
- Seeman, T. & Chen, X. (2002). Risk and protective factors for physical functioning in older adults with and without chronic conditions: MacArthur studies of successful aging. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57B, 135 – 144.
- Setti, I., Lourel, M. & Argentero, P. (2016). The role of affective commitment and perceived social support in protecting emergency workers against burnout and vicarious traumatization. *Traumatology*, 22(4), 261 – 270.
- Shah, A.K. & De, T. (1998). Suicide and the elderly. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practise*, 2(1), 3 – 17.
- Shelton, N. & Grundy, E. (2000). Proximity of adult children to their parents in Great Britain. *Population, Space and Place*, 6(3), 181 – 195.
- Sherbourne, C.D. & Stewart, A.L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*, 32(6), 705 – 714.
- Sherman, C.W., Webster, N.J. & Antonucci, T.C. (2013). Dementia caregiving in the context of late-life remarriage: Support networks, relationship quality, and well-being. *Journal of Marriage and Family*, 75(5), 1149 – 1163.
- Shor, E., Roelfs, D.J. & Yogeve, T. (2013). The strength of family ties: A meta-analysis and meta-regression of self-reported social support and mortality. *Social Networks*, 35(4), 626 – 638.
- Schaie, K.W. (1980). Intelligence and problem solving. J. E. Birren & R. B. Sloane (Eds.), *Handbook of Mental Health and Aging* (pp. 262 – 284). Englewood Cliffs: Prentice Hall.

- Schaie, K.W. (1981). Psychological changes from midlife to early old age: Implications for the maintenance of mental health. *American Journal of Orthopsychiatry*, 51(2), 199 – 218.
- Schmidt, L., Sobotka, T., Bentzen, J.G. & Andersen, A.N. (2012). Demographic and medical consequences of the postponement of parenthood. *Human Reproduction Update*, 18(1), 29 – 43.
- Schulz, U. & Schwarzer, R. (2003). Soziale Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung. Die Berliner Social Support Skalen (BSSS). *Diagnostica*, 49(2), 73-82.
- Schwarzer, R. & Schulz, U. (2000). *Berlin Social Support Scales (BSSS)*. Dostupné na <http://www.coping.de>.
- Silverstein, M. & Bengtson, V.L. (1991). Do close parent – child relations reduce the mortality risk of older parents? A test of the direct and buffering effects of intergenerational affection. *The Journal of Health and Social Behavior*, 32, 382 – 395.
- Smits, A., Van Gaalen, R.I. & Mulder, C.H. (2010). Parent-child coresidence: Who moves with whom and for whose needs? *Journal of Marriage and Family*, 72(4), 1022 – 1033.
- Solomou, W., Richards, M., Huppert, F.A., Brayne, C. & Morgan, K. (1998). Divorce, current marital status and well-being in an elderly population. *International Journal of Law, Policy and the Family*, 12(3), 323 – 344.
- Streeck, W. (2009). Historie a sociální relativita stárnutí. In Gruss, P. (Ed.), *Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje* (pp. 167 – 182). Praha: Portál.
- Stolleis, M. (2009). Politika stárnoucích společnosti: od generační smlouvy ke generačnímu konfliktu? In Gruss, P. (Ed.), *Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje* (pp. 183 – 200). Praha: Portál.
- Stuart-Hamilton, I. (1999). *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál.
- Suchomelová, V. (2016). Spirituální potřeby seniorů v sociální péči. *Specifický výzkum GAJU 117/2013/H: Duchovní potřeby v životě jihočeských seniorů*, 92 – 108.
- Sundin, K., Bruce, E. & Barremo, A.S. (2010). Elderly women's experiences of support when living with congestive heart failure. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 5(2), doi: 10.3402/qhw.v5i2.5064.

- Svobodová, K. (2010). Demografické stárnutí a životní podmínky seniorů v České republice. *Dvacet let sociodemografické transformace: Sborník příspěvků XL. konference České demografické společnosti*, 185 – 194.
- Švancara, J. (1979). *Psychologie stárnutí a stáří*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52, 145 – 161.
- Townsend, P. (1963). *The family life of old people: an inquiry in east London*. Abingdon on Thames: Routledge & Kegan Paul.
- Uchino, B.N. (2009). What a lifespan approach might tell us about why distinct measures of social support have differential links to physical health. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26, 53 – 62.
- Van de Kaa, D.J. (1987). Europe's second demographic transition. *Population Bulletin*, 42(1), 1 – 59.
- Van Tilburg, T.G. (1998). Losing and gaining in old age: Changes in personal network size and social support in a four-year longitudinal study. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 53(6), 313 – 323.
- Victor, Ch. (2009). The future of social care in England. *British Medical Journal*, 339 (3384), doi: 10.1136/bmj.b3384.
- Viguer, P., Meléndez, J.C., Valencia, S., Cantero, M.J. & Navarro, E. (2010). Grandparent – grandchild relationship from the children's perspective: Shared activities and socialization styles. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 708 – 717.
- Wachter, K.W. (1997). Kinship resources for the elderly. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London, Series B: Biological Sciences*, 352(1363), 1811 – 1817.
- Wallace, K.A., Bisconti, T.L. & Bergeman, C.S. (2001). The mediational effect of hardiness on social support and optimal outcomes in later life. *Basic and Applied Social Psychology*, 23(4), 267 – 279.
- Wallsten, S.M., Tweed, D.L., Blazer, D.G. & George, L.K. (1999). Disability and depressive symptoms in the elderly: The effects of instrumental support and its subjective appraisal. *The International Journal of Aging and Human Development*, 48(2), 145 – 159.

- Watanabe, C., Okumura, J., Chiu, T.Y. & Wakai, S. (2004). Social support and depressive symptoms among displaced older adults following the 1999 Taiwan earthquake. *Journal of Traumatic Stress, 17*(1), 63 – 67.
- Wiesmann, U. & Hannich, H.J. (2008). A salutogenic view on subjective well-being in active elderly persons. *Aging & Mental Health, 12*(1), 56 – 65.
- Wilson, A. (2012). Improving life satisfaction for the elderly living independently in the community: Care recipients' perspective of volunteers. *Social Work in Health Care, 51*(2), 125 – 139.
- Wolff, J.K., Lindenberger, U., Brose, A. & Schmiedek, F. (2016). Is available support always helpful for older adults? Exploring the buffering effects of state and trait social support. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 71*(1), 23 – 34.
- World Health Organization (2015). *World report on ageing and health*. Switzerland: WHO Press.
- Zhao, L., Xie, H. & Dong, R. (2015). Volunteers as caregivers for elderly with chronic diseases: An assessment of demand and cause of demand. *International Journal of Nursing Sciences, 2*(3), 268 – 272.
- Zuroff, D.C., Mongrain, M. & Santor, D.A. (2004). Conceptualizing and measuring personality vulnerability to depression: Comment on Coyne and Whiffen (1995). *Psychological Bulletin, 130*(3), 489 – 511.

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Dotazník anticipované sociální opory – MOS

Příloha č. 2: Berlin Social Support Scales - BSSS

Příloha č. 3: Dotazník struktury sociální sítě – SNI

Příloha č. 1: Dotazník anticipované sociální opory - MOS

Instrukce:

Většina z nás má občas potřebu vyhledat společnost, pomoc nebo jinou podporu u ostatních.

Vaším

úkolem je odhadnout, jak často by byl někdo k dispozici, kdyby taková situace nastala.

Prosím

odpovězte na všechna tvrzení zakřížkováním příslušné číslice.

K dispozici: **1 – nikdy 2 – málokdy 3 – někdy 4 – většinou 5 – vždy**

1. Někdo, kdo Vám pomůže, když jste upoután na lůžko. 1 2 3 4 5
2. Někdo, kdo Vám bude naslouchat, když si potřebujete pohovořit. 1 2 3 4 5
3. Někdo, kdo Vám poradí v kritické situaci. 1 2 3 4 5
4. Někdo, kdo Vás vezme k lékaři, když to potřebujete. 1 2 3 4 5
5. Někdo, kdo Vám projevuje lásku a sympatie. 1 2 3 4 5
6. Někdo, s kým Vám je dobře. 1 2 3 4 5
7. Někdo, kdo Vám poskytne informace, které Vám pomohou pochopit situaci. 1 2 3 4 5
8. Někdo, komu se můžete svěřit nebo si pohovořit o svých problémech. 1 2 3 4 5
9. Někdo, kdo Vás rád obejmě, když to potřebujete. 1 2 3 4 5
10. Někdo, s kým se dokážete uvolnit, uklidnit. 1 2 3 4 5
11. Někdo, kdo Vám uvaří, když to nemůžete udělat sám/a. 1 2 3 4 5
12. Někdo, jehož radu opravdu potřebujete. 1 2 3 4 5
13. Někdo, kdo Vám pomůže zbavit se nepříjemných myšlenek. 1 2 3 4 5
14. Někdo, kdo se Vám postará o domácnost, když jste nemocný/á. 1 2 3 4 5
15. Někdo, kdo sdílí Vaše obavy a strachy. 1 2 3 4 5
16. Někdo, na koho se můžete obrátit, jak řešit Vaše osobní problémy. 1 2 3 4 5
17. Někdo, s kým můžete dělat něco, co Vám dělá radost. 1 2 3 4 5
18. Někdo, kdo chápe Vaše problémy. 1 2 3 4 5
19. Někdo, koho máte rád/a a kdo Vás potřebuje. 1 2 3 4 5

Příloha č. 2: Berlin Social Support Scales - BSSS

1. Dobrovolník mi projevuje náklonnost a přijímá mě takového, jaký jsem.
2. Dobrovolník je mi k dispozici, když ho potřebuji.
3. Dobrovolník mě dokáže uklidnit, když se cítím špatně.
4. Dobrovolník mě už někdy nechal opuštěného.
5. Dobrovolník se nedokáže vcítit do mé situace.
6. Dobrovolník proti mně něco má.
7. Dobrovolník toho pro mě hodně udělal.
8. Dobrovolník ve mně dokáže vzbudit pocit, že jsem hodnotný/á a důležitý/á.
9. Dobrovolník si o mě dělá starosti, když se necítím dobře.
10. Dobrovolník mě ujistil, že se na něj mohu kdykoliv spolehnout.
11. Dobrovolník mi pomáhá nacházet pozitiva i v nepříznivých situacích.
12. Dobrovolník navrhuje činnosti, které mi poskytují vítané rozptýlení.
13. Dobrovolník mě povzbuzuje, abych se nevzdával/a.
14. Dobrovolník se postaral o mé záležitosti, které jsem nemohl/a vyřídit sám/sama.
15. Celkově jsem s jednáním dobrovolníka velmi spokojen/a.

Příloha č. 3: Dotazník struktury sociální sítě - SNI

Tento dotazník zjišťuje, s kolika lidmi jste v běžném pravidelném kontaktu. Prosím, pozorně si přečtete následující otázky a z odpovědí vyberte nejvhodnější možnost.

1. Jaká z uvedených možností nejlépe charakterizuje Váš rodinný stav?
 - a. jsem ženatý/vdaná nebo v partnerském vztahu
 - b. nikdy jsem nebyl/a ženatý/vdaná a nikdy jsem nežil/a s nikým v partnerském vztahu
 - c. jsem ženatý/vdaná, ale s partnerem/partnerkou jsme přerušili kontakt
 - d. rozvedený/á
 - e. vdovec/vdova
2. Kolik máte dětí? (Pokud nemáte děti, zaškrtněte „0“ a pokračujte otázkou číslo 3)
0 1 2 3 4 5 6 7
 - 2a. S kolika dětmi jste v kontaktu (osobně nebo telefonicky) minimálně jednou za 14 dní?
0 1 2 3 4 5 6 7
3. Jsou Vaši rodiče naživu? (Pokud ne, zaškrtněte „0“ a pokračujte otázkou číslo 4)
0 (ani jeden) 1 (pouze matka) 2 (pouze otec) 3 (oba)
 - 3a. Jste v kontaktu s některým ze svých rodičů (osobně nebo telefonicky) minimálně jednou za 14 dní?
0 (ani s jedním) 1 (pouze s matkou) 2 (pouze s otcem) 3 (s oběma)
4. Jsou rodiče Vašeho partnera naživu? (Pokud ne, zaškrtněte „0“ a pokračujte otázkou číslo 5)
0 (ani jeden) 1 (pouze tchýně) 2 (pouze tchán) 3 (oba)
4 (není podstatné)
 - 4a. Jste v kontaktu s některým z rodičů svého partnera (osobně nebo telefonicky) minimálně jednou za 14 dní?
0 (ani s jedním) 1 (pouze s tchýní) 2 (pouze s tchánem) 3 (s oběma)
5. S kolika dalšími příbuznými (kromě partnera, rodičů a dětí) máte blízký vztah? (Pokud s nikým, zaškrtněte „0“ a pokračujte otázkou číslo 6)
0 1 2 3 4 5 6 7
 - 5a. S kolika z těchto příbuzných jste v kontaktu (osobně nebo telefonicky) minimálně jednou za 14 dní?
0 1 2 3 4 5 6 7

6. Kolik máte blízkých přátel? (lidí, se kterými se cítíte uvolněně, navzájem si svěřujete osobní záležitosti a můžete je požádat o pomoc)

0 1 2 3 4 5 6 7

- 6a. S kolika z těchto přátel jste v kontaktu (osobně nebo telefonicky) minimálně jednou za 14 dní?

0 1 2 3 4 5 6 7

7. Hlásíte se k nějaké církvi nebo náboženské skupině? (Pokud ne, zaškrtněte „ne“ a pokračujte otázkou číslo 8)

ANO NE

- 7a. S kolika lidmi z této církve nebo náboženské skupiny jste v kontaktu (osobně nebo telefonicky) minimálně jednou za 14 dní?

0 1 2 3 4 5 6 7

8. Byl/a jste v minulosti zaměstnaný/á? (Pokud ne, zaškrtněte „ne“ a pokračujte otázkou číslo 9)

ANO NE

- 8a. S kolika lidmi ze zaměstnání jste v kontaktu (osobně nebo telefonicky) minimálně jednou za 14 dní?

0 1 2 3 4 5 6 7

9. Jste členem nějaké zájmové skupiny? (Pokud ne, zaškrtněte „ne“ a přeskočte otázku číslo 9a)

ANO NE

- 9a. S kolika lidmi z této skupiny jste v kontaktu (osobně nebo telefonicky) minimálně jednou za 14 dní?

0 1 2 3 4 5 6 7